



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Referenciação de situações de *bullying* em meio escolar: intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na formação em meio escolar

Ricardo Jorge Rosa Correia

Orientação: Professor Doutor Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Referenciação de situações de *bullying* em meio escolar:
intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica
na formação em meio escolar**

Ricardo Jorge Rosa Correia

Orientação: Professor Doutor Raul Cordeiro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

“Muitos que convivem diariamente com a violência acham que ela é parte intrínseca da condição humana. Mas não é. A violência pode ser evitada. Governos, comunidades e indivíduos podem fazer a diferença”.

Nelson Mandela (2002)

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio incondicional;

À minha mulher Priscila, pelo incentivo e partilha;

Aos meus colegas, pela preocupação e solidariedade;

À Enfermeira Arlete Lourenço, pela motivação e alento;

Ao meu orientador Professor Raul Cordeiro, pela orientação e disponibilidade.

UM BEM-HAJA A TODOS!

RESUMO

O *bullying* representa uma preocupação em meio escolar.

A prevenção é uma estratégia facilitadora para o controlo deste fenómeno.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tem como responsabilidade contribuir para a literacia em saúde na comunidade, através de sessões de psicoeducação. Com essa estratégia pretende cooperar na otimização da saúde mental em todos os vetores do processo educativo.

A comunidade educativa é composta por alunos, encarregados de educação, corpo docente e não docente.

Sendo os Assistentes Operacionais, parte integrante da comunidade educativa, têm responsabilidade de colaborar e intervir nas ações preventivas. A formação é a chave para capacitar os Assistentes Operacionais com conhecimentos que permitam ajudar a identificar situações suscetíveis de configurar a prática de *bullying* em meio escolar. Face ao diagnóstico da situação delineou-se como projeto de intervenção: Referenciação de situações de *bullying* em meio escolar: intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na formação em meio escolar.

Como metodologia enveredou-se por uma revisão integrativa da literatura.

Este relatório tem como objetivos gerais:

- Expor um projeto de intervenção, cuja temática destina-se à referenciação de situações de *bullying* em meio escolar: intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na formação em meio escolar.

- Descrever e analisar as atividades que conduziram à aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: *Bullying*; Saúde Mental; Serviço de Saúde Escolar; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ABSTRACT

Bullying is a concern in schools.

Prevention is a facilitative strategy to control this phenomenon.

The Nursing Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing is responsible for contributing to health literacy in the community, through psychoeducation sessions. With this strategy it intends to cooperate in the optimization of mental health in all vectors of the educational process.

The educational community is composed of students, guardians of education / legal guardians, faculty and non-teaching staff.

Being the Operational Assistants, an integral part of the educational community, they have a responsibility to collaborate and intervene in preventive actions. Training is the key to enabling the Operational Assistants with the knowledge to help identify situations that may constitute the practice of bullying in the school environment. In view of the diagnosis of the situation, it was outlined as an intervention project: Referral of bullying situations in schools: intervention of mental and psychiatric health nursing in school education.

As methodology was adopted by an integrative review of the literature.

This report aims to:

- Expose an intervention project, the theme of which is to refer to situations of bullying in school environment: mental health and psychiatric nursing intervention in school education;

- Describe and analyze the activities that led to the acquisition of common skills of the Specialist Nurse, the specific competences of the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health Nursing and Master of Nursing.

Keys Words: Bullying; Mental Health; School Health Service; Psychiatric Nursing; Mental Health and Psychiatric Nursing

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Tipologia da Violência	32
Figura 2 - Atos violentos nas relações interpessoais.....	33
Figura 3 - Modelo Ecológico da violência.....	34
Figura 4 - Tipos de bullying.....	38

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I NORMA DE ATUAÇÃO	LXVII
APÊNDICE II SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO - CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	LXXII
APÊNDICE III SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO - VIOLÊNCIA NO NAMORO.....	LXXVI
APÊNDICE IV QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO PARA PROFESSORES	LXXXI
APÊNDICE V PLANO DE INTERVENÇÃO QUINZENAL	LXXXIV
APÊNDICE VI ARTIGO CIENTÍFICO	XC

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA- American Psychological Association

APAV- Associação de Apoio à Vítima

DGE- Direção Geral de Educação

DGS- Direção Geral de Saúde

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EUA- Estados Unidos da América

HBSC- Health Behaviour in School Aged Children

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSE- Programa Nacional de Saúde Escolar

PROTAIA- Projeto Transtorno de Ansiedade da Infância e Adolescência

SEL- Aprendizagens Socio emocionais

SinCuidar- Sinergias do Cuidar

UCC- Unidade de Cuidados da Comunidade

WHO- World Health Organization

WONCA- World Organization of Family Doctors

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	16
2. EXPOSIÇÃO E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA: AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEESMP E DE GRAU DE MESTRE	20
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	29
3.1. Violência.....	29
3.2. Tipos de violência.....	31
3.2.1. Violência dirigida a si mesmo (auto-infligida).....	31
3.2.2. Violência Interpessoal	31
3.2.3. Violência Coletiva	32
3.3. Natureza dos atos violentos	32
3.4. Fatores desencadeantes da violência	33
3.5. Violência Juvenil.....	35
3.6. <i>Bullying</i>	36
3.6.1. Tipos de <i>Bullying</i>	37
3.6.2. Características da vítima/agressor/espectador	38
3.6.3. Consequências do <i>bullying</i>	40
3.6.4. Prevalência do <i>bullying</i>	41
3.6.5. Influência da família no fenómeno do <i>bullying</i>	43
3.7. O papel da escola na prevenção do <i>bullying</i>	44
3.8. Modelo teórico das relações interpessoais de Peplau	47
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO	50
4.1. Diagnóstico da situação	50
4.2. Metodologia	52

4.3. Objetivos:	53
4.4. População alvo	54
4.5. Orçamento	54
4.6. Planeamento	54
4.6.1. Sessões de formação	55
4.7. Execução e Avaliação	57
5. CONCLUSÃO	58
6. BIBLIOGRAFIA	60

INTRODUÇÃO

Diariamente, somos confrontados com episódios de violência através dos meios de comunicação social.

A violência atinge todos os dias dezenas de milhares de indivíduos, com repercussões graves a nível social e de saúde (OMS, 2014).

Segundo dados disponíveis no Relatório Mundial sobre Prevenção da violência (2014), “registam-se anualmente mais de 1,3 milhões de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas (...), o que corresponde a 2,5% da mortalidade global” (OMS, 2014, p.14). Ainda o mesmo relatório afirma que a violência é a quarta principal causa de morte em todo o mundo, na faixa etária entre 15 e 44 anos de idade.

Também, o Referencial de Educação para a Saúde identifica a Saúde Mental e a Prevenção da Violência como um dos cinco temas globais de intervenção em meio escolar.

A OMS, preconiza como estratégia para a prevenção da violência o desenvolvimento de “programas de competências sociais, emocionais e comportamentais (...)” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2014, p. 99).

Refere ainda, que para prevenir este fenómeno é necessário que as escolas tenham programas dirigidos ao combate da violência assim como intervenções terapêuticas para ajudar crianças e adolescentes a controlar a raiva e outros problemas de comportamento (ONU, 2015).

A literatura indica que em meio escolar, os Assistentes Operacionais, são o grupo profissional de eleição na identificação precoce da violência interpessoal, visto que, este

comportamento é mais expressivo em locais de baixa supervisão por adultos, como recreios e refeitórios. Além de terem a responsabilidade da supervisão dos alunos em áreas exteriores à sala de aula, o Regulamento do Estatuto do Pessoal não Docente do Sistema Educativo, contempla no Capítulo II, Artigo 4º, deveres específicos destes profissionais como “Contribuir para a plena formação, realização, bem-estar e segurança das crianças e dos alunos”, “Colaborar ativamente com todos os intervenientes no processo educativo” e “Cooperar com os restantes intervenientes no processo educativo na identificação de situações de qualquer carência ou de necessidade de intervenção urgente” (Diário da República. I série-A, 2006, p.2060).

Face a estas diretrizes, considerou-se pertinente direccionar o projeto de intervenção para capacitação desta classe profissional, na identificação precoce da prática de *bullying* e respetivo encaminhamento.

A implicação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [EEESMP], na abordagem e intervenção nestas problemáticas é fundamental, pois este profissional é dotado de competências, que asseguram “(...) uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial” (OE, 2010a, p.1).

Este relatório reporta-se ao estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Ramo de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, decorrido na Unidade de Cuidados da Comunidade [UCC] do concelho de Faro, integrado na vertente de Saúde Mental em contexto Escolar, tutorado pela Enfermeira Arlete Lourenço (Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) e orientado pelo Professor Doutor Raul Cordeiro.

Foram definidos como objetivos gerais:

- Expor um projeto de intervenção, cuja temática destina-se à referenciação de situações de *bullying* em meio escolar: intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na formação em meio escolar.

- Descrever e analisar as atividades que conduziram à aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e de Mestre em Enfermagem.

Para o desenvolvimento do relatório, adotou-se como referencial teórico o modelo de Hildegard Peplau.

De acordo com Peplau, a Enfermagem pode ser encarada como um processo interpessoal, pois envolve a interação entre dois ou mais indivíduos com um objetivo comum, sendo um fator facilitador para o processo terapêutico (George, J et al., 2010).

A estrutura do relatório divide-se em cinco capítulos, que pretendem traduzir o percurso realizado. O primeiro capítulo, contempla a caracterização do estágio, o segundo a exposição e análise das atividades realizadas para a aquisição de competências de Grau de Mestre e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O terceiro capítulo, incide no enquadramento teórico face à problemática em estudo, o quarto capítulo, expõe o projeto de intervenção planeado para os assistentes operacionais e o quinto, uma conclusão de todo o processo de aprendizagem.

A norma bibliográfica utilizada neste trabalho foi a *American Psychological Association* (APA), 6º edição.

1. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio final, decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Faro, no setor de Saúde Mental em Meio Escolar.

A UCC de Faro, foi inaugurada em 2009 e tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo (UCC, 2016).

A atuação da UCC-Faro, abrange os concelhos de S. Brás de Alportel a Norte, concelho de Loulé a Oeste, concelho de Olhão a Este e a Sul o Oceano Atlântico e é responsável por cuidados de saúde a 61333 habitantes (UCC, 2016).

É composta por uma equipa multidisciplinar: enfermeiros generalistas, enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e em saúde comunitária, assistentes operacionais, sendo que a restante equipa (médicos, psicólogos, nutricionista...) é mobilizada sempre que necessário (UCC, 2016).

Os cuidados de saúde prestados, têm em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde, centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre programas em desenvolvimento (UCC, 2016).

O último relatório do Plano Nacional de Saúde [PNS], aponta a saúde mental como programa prioritário em saúde pública. As perturbações mentais atingem centenas de milhões de pessoas e sem o devido tratamento, acarretam uma enorme sofrimento, invalidez e perda económica. Integrar serviços de saúde mental nos cuidados primários facilita o acesso ao tratamento dessas pessoas, assim como representa benefícios económicos (OMS & Wonca, 2008).

Portugal tem percorrido um caminho importante no que respeita aos cuidados de saúde mental. A legislação de saúde mental, que entrou em vigor nos anos 90, a Lei n.º 36/98 de 24 de julho e o Decreto-lei n.º 35/99 de 5 de fevereiro, surgiu de encontro com as diretrizes internacionais de organizações com um papel importante na organização dos serviços de saúde mental. Neste sentido foram criadas medidas, que permitissem o acesso, a qualidade dos cuidados prestados e uma articulação mais alargada entre os centros de saúde e recursos da comunidade (Lordelo, 2015).

O Programa Nacional para a Saúde Mental (2017), indica que o número de utentes com perturbações mentais nos cuidados de saúde primários tem vindo a aumentar desde 2011, no que diz respeito às perturbações de ansiedade, às perturbações depressivas e às demências (DGS, 2017).

“Nos últimos anos, a prestação de cuidados em saúde mental protagonizou uma grande evolução, sublinhando a reabilitação psicossocial do indivíduo, a sua integração na sociedade e o combate à discriminação. Destacam-se, assim, nas principais evoluções: redução de camas no setor público; aumento generalizado no número de consultas externas e de sessões de hospital de dia, priorizando os serviços locais de saúde mental com o foco nas respostas da comunidade; o reforço do acesso na área da Pedopsiquiatria; a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, na área da saúde mental. Pretende-se, neste âmbito, a criação de respostas que assegurem um suporte de longa duração, numa lógica de proximidade, de maior acessibilidade aos serviços de saúde mental, de mobilização dos recursos da comunidade, adaptadas aos problemas específicos da pessoa em causa, estimulando a autonomia e a tomada de decisão no seu processo reabilitativo, aumento global do número de profissionais da saúde mental, nomeadamente psicólogos, técnicos de serviço social, enfermeiros e médicos, destacando-se a área da psiquiatria da infância e da adolescência” (SNS, 2018, p.35).

Sendo, a doença mental, uma das principais causas de incapacidade e morbilidade, nas sociedades atuais, cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, “ter um papel importante na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante estas respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2010a, p.1).

Neste sentido, a EEESMP da referida UCC, implementou o projeto Sinergias no Cuidar, em 2010 e atua nos âmbitos: Promoção da Saúde Mental; Prevenção e deteção precoce da Doença Mental; Intervenção Integrada e Continuada ao doente mental e família na comunidade. Os seus *settings* de atuação são: domicílio, centro de saúde, escolas, locais de trabalho, comunidades de risco, comunidade em geral (Lourenço, 2018).

A sua intervenção contempla quatro eixos (SinCuidar- Cidadania; SinCuidar- Em Casa; SinCuidar- Novos Elos; SinCuidar- Investigando) (Lourenço, 2018).

Com a atividade desenvolvida, foram vários internamentos em Psiquiatria evitados, quer voluntários quer compulsivos. Relações familiares foram melhoradas e mantidas. Pessoas mantiveram-se a exercer funções no seu local de trabalho, motivaram-se para a procura de emprego, continuaram a prestar cuidados a terceiros. A adesão terapêutica e sua gestão eficaz aumentou. Estudantes rentabilizaram o seu papel de estudante. Puérperas estabilizaram o seu quadro depressivo, melhorando o seu papel parental e evitando-se, inclusivamente suicídios e infanticídios. Os técnicos de saúde verbalizaram maior motivação no atendimento do utente em sofrimento mental (Lourenço, 2018).

Atualmente, o projeto está direcionado na esfera SinCuidar- Cidadania, onde desenvolve atividade em meio escolar.

A população alvo estende-se a toda a comunidade educativa da área geodemográfica de inserção da UCC. A sua intervenção nas escolas encontra-se estruturada, do 5º ao 12º ano.

“As estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde” (DGS, 2006, p.6).

Neste sentido, a intervenção do EEESMP incide no desenvolvimento de Competências Socio Emocionais (SEL – Social and Emocional Learning), particularmente os Domínios: Autoconhecimento, Autogestão, Consciência Social, Relação Interpessoal, Tomada de decisão Responsável. Utiliza, para concretizar o seu objetivo, os subtemas: Identidade, Pertença, Comunicação, Emoções, Autonomia, Interação, Risco, Proteção, Violência, Escolhas desafios e perdas, Valores e Resiliência, de acordo com o Manual de Saúde Mental em Saúde Escolar e pelo Manual para a Promoção de Competências Socio emocionais em Meio Escolar, atuando em conformidade com as orientações da DGS e DGE (Lourenço, 2018).

No capítulo seguinte, vão ser exploradas e analisadas as atividades desenvolvidas no decurso do estágio, que contribuíram para aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESMP, assim como as competências para o grau de mestre.

2. EXPOSIÇÃO E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA: AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO EEESMP E DE GRAU DE MESTRE

Para a análise reflexiva das atividades desenvolvidas, estiveram subjacentes os regulamentos: nº140/2019 (competências comuns do Enfermeiro Especialista), o regulamento nº515/2018 (competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) e o Decreto-Lei n.º 63/2016, referente ao Grau de Mestre, disponível no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista evidenciam:

- Responsabilidade Profissional ética e legal;
- Melhoria Contínua da Qualidade;
- Gestão dos Cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens Profissionais (Diário da República, 2.^a série — N.º 26, regulamento nº140/2019).

Já as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica contemplam:

- Abrangência do conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- Assiste a pessoa ao longo do ciclo vital, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- Presta cuidados de âmbito Psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Diário da República, 2.^a série — N.º 15, regulamento nº515/2018).

Ainda, as competências para grau de Mestre ilustram:

- “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares”;
- “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta”;
- “Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios”;
- “Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, p.3174).

Apesar de desenvolver o meu exercício profissional num serviço de internamento de psiquiatria, constato algumas lacunas, na abordagem diária a doentes do foro mental, cujas necessidades específicas, requerem da parte dos enfermeiros um saber especializado, capaz de ir ao encontro das suas necessidades e expectativas.

Esta realidade obrigou à procura de subsídios técnico científicos e relacionais, que permitam clarificar conceitos e práticas, com base na evidência científica, promotoras de uma abordagem de excelência, tendo sempre em vista melhorar o equilíbrio e a saúde dos indivíduos, família e comunidade em todas as suas dimensões.

O desenvolvimento deste estágio, seria decerto mais produtivo, se realizado em contexto de internamento, no entanto as limitações em campos de estágio, levou a que o mesmo se desenvolvesse em contexto da UCC de Faro, em situação escolar.

De acordo, com o preconizado nas boas práticas, para que o desempenho seja adequado à população alvo, é fundamental conhecer o contexto onde o estágio vai decorrer, no que diz respeito à estrutura física, recursos existentes (humanos e materiais), filosofia de cuidados, organização e funcionamento e ainda articulação com outros setores.

Este foi o ponto de partida para o início da atividade a desenvolver. Paralelamente foi preponderante refletir de forma rigorosa nas competências comuns ao enfermeiro especialista (regulamento nº140/2019), bem como nas competências específicas do EEESMP (regulamento nº515/2018).

De acordo com Rabaglio (2001, p. 3) “(...) podemos definir competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas que permitem ao indivíduo desempenhar com eficácia determinadas tarefas, em qualquer situação, de forma peculiar.

Destaca-se também que, a forma como o acolhimento foi efetuado pela enfermeira orientadora, contribuiu favoravelmente para o sucesso deste estágio.

As atividades desenvolvidas inseriram-se no projeto Sinergias no Cuidar, eixo-Sincuidar- Cidadania, implementado em 2010, pela enfermeira orientadora. Este projeto integra o programa de saúde escolar.

O programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE]:

“inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. No desenvolvimento destas atividades, as equipas de saúde escolar assumem um papel ativo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa” (DGS, 2006, p.6).

O envolvimento neste projeto obrigou a um diagnóstico da situação: o que está a ser feito? porquê? Como? Para quê?

Estas questões suscitaram outras: Será que me posso inserir nesse projeto? Como?

Foram discutidas hipóteses com a enfermeira orientadora, tendo considerado pertinente dar continuidade ao projeto já em curso.

No que diz respeito ao contexto escolar, a sua abordagem incide no desenvolvimento de competências sócio emocionais, em particular nos domínios: autoconhecimento; autogestão; consciência social; relação interpessoal; tomada de decisão responsável. Para concretizar os seus objetivos utiliza os seguintes subtemas: identidade, pertença, comunicação, emoções, autonomia, interação, risco, proteção, violência, escolhas, desafios, perdas, valores e resiliência. Estas temáticas estão de acordo com o manual de saúde mental em saúde escolar, desenvolvido pela DGS e DGE em 2016.

“(…) As competências socioemocionais fortalecem a autoestima e a autoimagem, além de aumentarem a perceção de controle sobre o ambiente, criando um clima psicológico favorável a novos aprendizados” (Gondim, Moraes & Brantes, 2014, p.401).

A população alvo são todos os alunos do 5º ao 12º ano, do concelho de Faro. Para a exequibilidade do projeto são utilizadas as seguintes estratégias: terapia do riso, formação nas escolas, atividades e debates na comunidade, com o objetivo de melhorar a literacia em saúde mental da população. O desenvolvimento do estágio centrou-se nesta vertente, por existir apenas uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, mentora e vocacionada para o referido projeto.

Face a esta realidade delinearão-se objetivos e atividades, direcionadas ao grupo de assistentes operacionais, alunos, professores e família, visando a capacitação dos mesmos, para a identificação dos problemas mais frequentes no grupo dos adolescentes como: prática de *bullying*, consumo de substâncias psicoativas, intervenção precoce, de forma a prevenir complicações, promovendo boas práticas e mudança de comportamentos e atitudes, geradores de estilos de vida saudáveis. Para o diagnóstico da situação aplicou-

se um questionário aos professores (Apêndice IV). Aos alunos procedeu-se em sala de aula ao levantamento das necessidades/problemas.

A eficácia das ações depende do envolvimento dos intervenientes e da forma como estão motivados para a aprendizagem.

A aprendizagem pode ser formal e informal. A formal é direcionada a aprendizagem para um determinado fim e suporta-se em métodos, técnicas e estratégias deliberadamente planeadas para suscitar mudanças de ideias, conhecimentos, valores, atitudes e comportamentos. A aprendizagem informal ocorre em contextos de socialização (familiar, grupal e organizacional) (Gondim et al., 2014).

Identificadas as necessidades estabeleceram-se prioridades, hierarquizaram-se e planearam-se ações e recursos necessários para concretização de sessões de psicoeducação.

A Ordem dos Enfermeiros (2010b, p. 23) definiu como uma das áreas prioritária de investigação em Enfermagem a “capacitação” (*empowerment*) dos clientes. A psicoeducação tem sido uma ferramenta útil e eficaz na capacitação da população.

As intervenções em psicoeducação prioritárias foram no âmbito da destigmatização da doença mental, consumo de substâncias psicoativas e violência no namoro (Apêndice II e III).

Importa destacar que estes alunos estão em currículos alternativos. São alunos com *deficit* de atenção e alterações de comportamento, nomeadamente desadequação com o grupo de pares, professores e assistentes operacionais.

Apesar destas características a enfermeira orientadora, com a sua postura, linguagem simples e assertiva, consegue estabelecer uma relação empática, favorável a uma relação de confiança e segurança.

Para Adam (1994), uma das dimensões do cuidar em enfermagem é a relação de ajuda, e que tal é inerente aos cuidados. É reconhecido em enfermagem que a afirmação da competência profissional passa por uma prática de cuidar centrada na relação de ajuda.

Segundo a Ordem Enfermeiros (2012), uma relação terapêutica:

“Promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o doente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o doente a ser proactivo na conquista do seu projeto de saúde” (OE, 2012, p.10).

Inicialmente não foi fácil a aproximação do grupo. Foi necessário, uma certa mediação por parte da enfermeira orientadora, de forma a poder intervir e captar a atenção dos alunos. De facto, não era considerado uma referência. Esta reação dos alunos gradualmente foi-se desvanecendo e passei a sentir-me como parte integrante da equipa. A abordagem centrada nas suas problemáticas, tornou-se credível promovendo uma maior proximidade e até a colocação de questões individuais, analisadas e discutidas em ambiente adequado e com atendimento individualizado. A privacidade e a confidencialidade, são cruciais no domínio de uma relação terapêutica.

“Os termos privacidade e confidencialidade estão diretamente relacionados a valores normativos, que regem as práticas dos profissionais de saúde. Todavia, conceitualmente, privacidade e confidencialidade diferem entre si: a primeira refere-se a *status* ou direito a intimidade, permitindo confiança e segurança ao usuário para revelar algo íntimo; já a segunda deve garantir que a revelação seja mantida em segredo. A confidencialidade pode ainda ser definida como um tipo de privacidade informacional e ocorre na assistência a saúde quando uma informação é revelada ao profissional no contexto da relação clínica, e este, ao tomar ciência dela, compromete-se a não divulgá-la a terceiros sem permissão do informante” (Júnior et al., 2017, p.586).

Qualquer abordagem do enfermeiro deve ter sempre subjacente os princípios éticos e deontológicos da profissão, salvaguardando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O enfermeiro deve fazer uma introspeção, questionando as suas crenças, os seus valores, os seus medos, os seus receios, o que faz, o que deve fazer, o que é capaz de fazer, quando deve fazer, quais os seus limites. Em simultâneo deve ter interiorizado a singularidade de cada indivíduo (crenças, valores, vivências, capacidades, habilidades potencialidades...), devendo ser implicado em todas as tomadas de decisão. É esta perspetiva do eu e do outro que deve estar presente em toda a interação enfermeiro/doente. O autoconhecimento, a autoconsciência e cientes das diferenças de cada um, enquanto pessoa e profissional devem marcar as interações e torná-las em momentos de resolução de problemas.

“O Enfermeiro utiliza-se como instrumento na atenção prestada ao paciente, necessitando por isso, de preparação e maturidade emocional, aspetos esses que podem ser trabalhados durante o processo de formação” (Braga & Bastos, 2004, p.28).

“A autoconsciência pode ser considerada como um processo imprescindível para o desenvolvimento humano por envolver a compreensão e aceitação de si mesmo, permitindo ao cuidador reconhecer as diferenças e a singularidade daquele que é cuidado” (Braga & Bastos, 2004, p.28).

Esta consciencialização levou a interações mais eficazes, ajudando os alunos a refletirem nos seus próprios problemas/dificuldades e identificarem os recursos necessários, para serem mobilizados para a minimização/resolução dos seus problemas.

O enfermeiro especialista não faz por, mas sim com, levando o outro a adotar novas estratégias para a mudança.

Foi assumido com a equipa docente darem continuidade ao plano estabelecido, para responder às necessidades efetivas dos alunos (Apêndice V).

Os professores assistiram às sessões dirigidas aos alunos e consideraram uma mais valia.

A equipa docente verbalizou dificuldade em gerir emoções e controlar as reações e comportamentos dos alunos. Esta peculiaridade do grupo de alunos gera exaustão e muitas vezes a sensação de entrar em *burnout*. Solicitaram ajuda no sentido de encontrarem estratégias e mecanismos para lidarem melhor com o quotidiano. O pedido foi atendido, pela enfermeira orientadora, tendo realizado sessões de psicoeducação e intervenções de âmbito psicoterapêutico.

De facto, a escola é o ambiente privilegiado para que todos os atores, em corresponsabilização contribuam para um futuro mais saudável e seguro.

Esta dinâmica de identificação de problemas, planeamento de ações, definição de recursos, estabelecimento de resultados esperados, está implícita numa gestão de cuidados de enfermagem que se pretende realista e exequível. A metodologia utilizada, visa uma intervenção sistemática, organizada, adequada às necessidades do indivíduo/família, grupos e comunidade, tendo como meta contribuir para a adoção de estilos de vida saudáveis, melhoraria da saúde e da qualidade de vida. Estas etapas inerentes à metodologia científica estão presentes em todas as atividades desenvolvidas (o que se vai fazer, porquê, para quê, quando, como, quem).

O enfermeiro especialista deve ter presente em todas as intervenções, a questão da qualidade, como objetivo a atingir, pelo que a avaliação tem que ser sistemática no sentido de se identificarem desvios e introduzir as medidas corretivas adequadas. A metodologia científica, é a chave mestra para a organização dos cuidados e a comunicação é o vetor para a interação com o outro. A relação de ajuda, relação terapêutica e a entrevista são estratégias, que ajudam a compreender o outro e ir ao encontro do outro.

A pesquisa bibliográfica foi o suporte para interiorizar e sedimentar, as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEESMP, bem como clarificar dúvidas inerentes, à comunicação, relação terapêutica, relação de ajuda.

Por outro lado, o enfermeiro especialista deve ser detentor de um elevado nível de conhecimentos, baseado na evidência científica.

Nesta perspetiva, foi elaborado um artigo científico (Apêndice VI) e desenvolvido um programa de intervenção dirigido aos assistentes operacionais, com o objetivo de identificar e referenciar os comportamentos agressivos em meio escolar.

Posso afirmar que, todas as atividades desenvolvidas no âmbito da unidade curricular- estágio final, para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas inerentes ao EEESMP, consolidaram as competências de mestre.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo, destina-se ao aprofundamento e consolidação conceptual da temática em estudo, com o intuito de fundamentar o planeamento do projeto de intervenção e interiorizar as políticas já instituídas na prevenção do *bullying*.

3.1. Violência

A violência, provavelmente, sempre fez parte da experiência humana. O seu impacto pode ser mundialmente verificado de várias formas.

Etimologicamente, a palavra violência “vem do latim *vis* que significa violência, mas também força, vigor, poder”. O mesmo autor, concebe a violência como “o recurso à força para atingir o outro na sua integridade física e/ou psicológica” (Fischer, 1994, p. 14). Nesta perspetiva, a violência é uma vertente de força, ou seja, exerce-se uma coação que se caracteriza frequentemente pelo emprego de meios físicos para afetar o outro.

Historicamente, a violência sempre tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos, não deixando de ser encarada de forma diversa nas diferentes civilizações (DGS, 2014).

Segundo a OMS (2014), a violência é definida como

“uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação” (OMS, 2014, p.2).

“A inclusão da palavra poder além da frase uso da força física, amplia a natureza de um ato violento e expande o entendimento convencional de violência de modo a incluir aqueles atos que resultam de uma relação de poder, inclusive ameaças e intimidações. O "uso do poder" também serve para incluir negligência ou atos de omissão, além de atos violentos mais óbvios de perpetração. Assim, "o uso da força física ou do poder" deve ser entendido de forma a incluir a negligência e todos os tipos de abuso físico, sexual e psicológico, bem como o suicídio e outros atos de auto-abuso” (OMS, 2002, p.5).

Para Minayo e Souza (1997/1998), a violência “consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual” (p.513).

Assim, a violência é um comportamento que causa prejuízo em outro ser humanos/ser vivo ou bem material. Está associado à invasão de privacidade/autonomia, integridade física ou psicológica e mesmo por em risco a vida do outro.

São inúmeros, os efeitos da violência para a saúde, pode-se enumerar: “a incapacitação, depressão, problemas de saúde física e reprodutiva, tabagismo, comportamento sexual de alto risco e consumo abusivo de álcool e drogas – comportamentos que associam experiências de violência a doenças cardíacas, acidentes vasculares, cancro, HIV (...) assim como morte prematura” (OMS, 2014, p.2).

Também os sistemas de saúde e de justiça criminal, sofrem com este fenómeno.

A OMS identifica sete estratégias para a contenção deste fenómeno:

- “desenvolver relacionamentos seguros, estáveis e protetores entre crianças e seus progenitores e cuidadores”;
- “desenvolver em crianças e adolescentes as habilidades para a vida”;
- “reduzir a disponibilidade e o uso nocivo do álcool”;
- “reduzir o acesso a armas de fogo e facas”;
- “promover igualdade de gênero, visando prevenir a violência contra a mulher”;
- “mudar normas culturais e sociais que apoiam a violência”;

- “criar programas de atendimento às vítimas, incluindo identificação e cuidados” (OMS, 2014, p.viii-ix).

O problema da violência é considerado, como uma questão de Direitos Humanos e de Cidadania. Como refere o artigo 1.º, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (Diário da República, Declaração Universal dos Direitos Humanos).

3.2. Tipos de violência

A tipologia da violência é dividida em três categorias, conforme as características do autor que comete o ato violento (OMS, 2002).

3.2.1. Violência dirigida a si mesmo (auto-infligida)

Esta categoria é subdividida em comportamento suicida e auto abuso. O primeiro inclui ideação suicida e para suicídio, já o conceito de auto abuso, está relacionado com a automutilação (OMS, 2002).

3.2.2. Violência Interpessoal

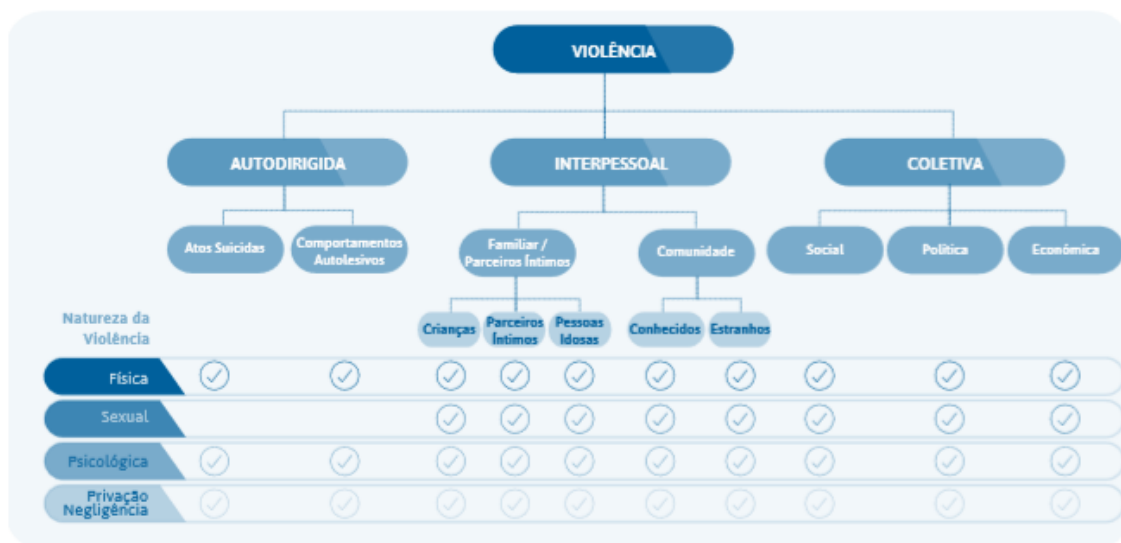
Neste grupo está incluído a violência familiar e de parceiro íntimo (abuso infantil, violência praticada por parceiro íntimo e abuso contra os idosos), ou seja, violência que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos.

A violência comunitária, que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, geralmente ocorre fora do contexto de casa (violência juvenil, atos aleatórios de violência, violação, violência em grupos institucionais, tais como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos) (OMS, 2002).

3.2.3. Violência Coletiva

A violência coletiva é subdividida em violência social, política e econômica. Normalmente os autores desta prática são grandes grupos de pessoas ou pelo Estado. A violência coletiva inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões (OMS, 2002).

Figura 1 - Tipologia da Violência



Adaptado de: Krug et al, 2002

Fonte: DGS (2014, p.27)

3.3. Natureza dos atos violentos

São conhecidos, quatro tipos de atos violentos no que concerne à violência interpessoal, que podem ser de ordem: física; sexual; psicológica e privação/negligência.

Figura 2 - Atos violentos nas relações interpessoais

VIOLÊNCIA FÍSICA	Engloba atos como empurrar, pontapear, esbofetear, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo haver, inclusive, tentativa ou, mesmo, homicídio da vítima.
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	<p>Inclui insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e os amigos, revista a objetos pessoais (ex., agenda, telemóvel, computador), privação de documentação pessoal, negação do acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros. Muito embora seja difícil operacionalizar o conceito de violência psicológica, ela é geralmente descrita como o conjunto de atos verbais ou não verbais que causam dano, também simbólico em quem é vítima, ou em que haja a intenção de causar danos nesta.</p> <p>Muitas investigações têm demonstrado que a violência física e a violência sexual são, frequentemente, precedidas (e acompanhadas) de violência psicológica. Este tipo de vitimização apresenta índices muito elevados e alguns estudos documentam que a violência psicológica pode ser tão gravosa quanto a violência física ou causar dano mais significativo e persistente.</p>
VIOLÊNCIA SEXUAL	Passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade, incluindo a violação no contexto conjugal, que muitas vezes não é entendida pelas vítimas enquanto tal. Alguns estudos indicam que uma elevada percentagem de mulheres que sofrem violência física também sofrem violência sexual.
PRIVAÇÃO E NEGLIGÊNCIA	Envolve qualquer ato de privação ou omissão no que respeita ao provimento de necessidades básicas de um indivíduo, a nível emocional, de saúde, educação, nutrição, segurança, habitação e condições de vida, entre outras.

Adaptado de: Redondo et al., 2012

Fonte: DGS (2014, p.28)

3.4. Fatores desencadeantes da violência

A etiologia da violência é multifatorial, sendo a sua génese de ordem biológica, relacional, social e comunitária.

Os fatores biológicos estão relacionados com “impulsividade, presença de psicopatologia, história pregressa de agressão, e de maus tratos, abuso de substâncias psicoativas, entre outros, podem condicionar a propensão para a concretização de atos violentos” (DGS, 2014, p.38).

As características relacionais referem-se ao perigo de violência, em particular no domínio das relações próximas (entre pares, familiares e relações íntimas) (DGS, 2014).

Na vertente comunitária, fatores como elevada ou baixa densidade populacional e comunidades economicamente empobrecidas, são propensas a atividades criminosas e consequentemente ao fenómeno da violência (DGS, 2014).

Já os fatores sociais, estão relacionados com normas culturais e sociais que permitem suportar, ou ignorar, a violência e as desigualdades (DGS, 2014).

Perante esta constatação, emergiu o modelo ecológico que assenta em “dois propósitos: cada nível do modelo representa um nível de risco e cada nível também pode ser encarado como um ponto principal para a intervenção” (OMS, 2002, p.16).

Ainda o mesmo documento, indica que para intervir no fenómeno da violência em diversos níveis é necessário:

“Tratar de fatores de risco individuais e adotar medidas para modificar os comportamentos individuais de risco”;

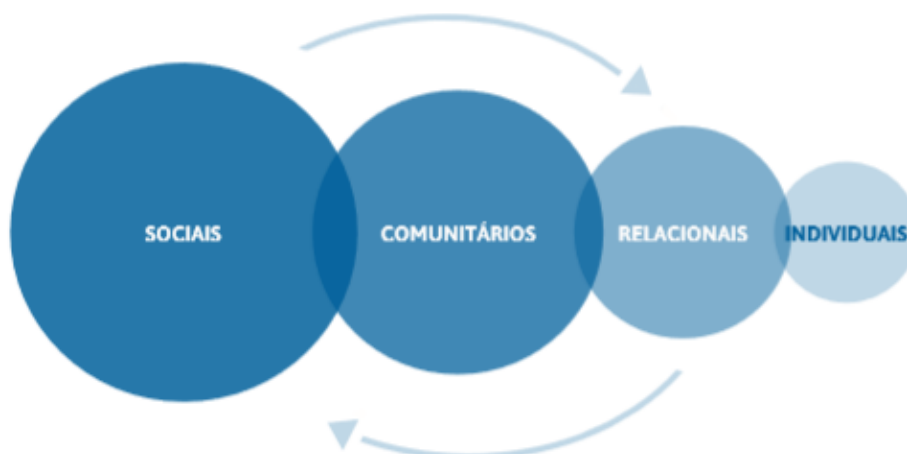
“Influenciar relacionamentos pessoais próximos e trabalhar para criar ambientes familiares saudáveis, assim como oferecer ajuda profissional e apoio às famílias que apresentam disfunções”;

“Monitorar locais públicos, como escolas, locais de trabalho e bairros, e adotar medidas para tratar de problemas que possam levar à violência”;

“Lidar com a desigualdade de gênero e com as atitudes e práticas culturais adversas”;

“Lidar com os fatores culturais, sociais e econômicos mais abrangentes, que contribuem para a violência, e adotar medidas para mudá-los, inclusive medidas para acabar com o descompasso entre o rico e o pobre e para garantir um acesso igual a bens, serviços e oportunidades” (OMS, 2002, p.16).

Figura 3 - Modelo Ecológico da violência



Adaptado de : Krug et al., 2002

Fonte: DGS (2014, p.38)

3.5. Violência Juvenil

A violência juvenil:

“ocorre entre indivíduos na faixa etária de 10 a 29 anos que não têm relação de parentesco e talvez não se conheçam, e que geralmente é praticada fora de casa. São exemplos de violência juvenil o *bullying*, agressões físicas com ou sem armas, e a violência praticada por gangues” (WHO, 2015, p.5).

Importa salientar, que anualmente, a nível mundial, registam-se 200 mil homicídios entre jovens na faixa de 10 a 29 anos de idade, tornando o homicídio a quarta principal causa de morte nesse grupo etário (WHO, 2015).

A violência juvenil prejudica profundamente não apenas suas vítimas, mas também os familiares, os amigos e as comunidades. O seu dano não é apenas mensurado nas mortes, mas também em doenças, invalidez e qualidade de vida (OMS, 2002).

Existe associação, entre violência juvenil e outras formas de violência. Testemunhar a violência familiar, ser vítima de abuso físico/sexual, pode instigar a crianças ou adolescentes a considerarem a violência uma estratégia de resolução de problemas (OMS, 2002).

Normalmente a violência juvenil, também está associada outros problemas sociais e de saúde como: abandono escolar, abuso de substâncias, mentira compulsiva e elevados índices de doenças sexualmente transmissíveis (DGS, 2014).

Constata-se que a violência é responsável por uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, principalmente na população de adolescentes e adultos jovens.

As consequências da violência podem ser de natureza traumática (física), emocional ou afetiva. As suas repercussões podem ser imediatas, a médio ou longo prazo, conforme o tempo decorrido entre a exposição à violência e o aparecimento do prejuízo.

Torna-se imperativo introduzir medidas que previnam a violência assim como controlem as suas consequências.

3.6. *Bullying*

O *bullying*, é a forma mais recorrente de violência na escola.

É um fenómeno antigo, contudo, só recentemente é que se reconheceu a sua implicação na saúde mental.

O aprofundamento do tema, foi impulsionado após o suicídio de três jovens na Noruega em 1983, vítimas de *bullying* (Sercombe & Donnelly, 2013).

O assédio moral constitui-se num relacionamento interpessoal caracterizado por um desequilíbrio de forças, o que pode ocorrer de várias maneiras: o alvo da agressão pode ser fisicamente mais fraco, ou pode perceber-se como sendo física ou mentalmente mais fraco que o perpetrador. Pode ainda existir uma diferença numérica, em que vários estudantes agem contra uma única vítima (Olweus, 1993; Rigby, 1998 citado por Bandeira & Hutz, 2012).

Olweus (1991, 1993, 1994) definiu o conceito de *bullying* afirmando que um aluno está a ser provocado/vitimado quando ele ou ela está exposto, repetidamente e ao longo do tempo, a ações negativas da parte de uma ou mais pessoas. Considera-se uma ação negativa quando alguém intencionalmente causa, ou tenta causar, danos ou mal-estar a outra pessoa (Olweus 1991, 1993, 1994 citado por Carvalhosa, Lima & Matos, 2001).

De acordo com a APAV, este tipo de violência “consiste em dirigir a alguém, sem motivação evidente, comportamentos intencionais e repetidos que infligem intencionalmente prejuízos ou desconforto, através de agressões físicas ou verbais, ameaças ou violência psicológica, que podem incluir provocações, insultos, violência física ou exclusão social” (DGS, 2014, p.85), refere ainda que o agressor pode atuar sozinho ou em grupo.

Este fenómeno é caracterizado pelos seguintes critérios:

- (i) “a intencionalidade do comportamento, isto é, o comportamento tem um objetivo que é provocar mal-estar e ganhar controlo sobre outra pessoa”;
- ii) “o comportamento é conduzido repetidamente e ao longo do tempo, isto é, este comportamento não ocorre ocasionalmente ou isoladamente, mas passa a ser crónico e regular”;
- (iii) “um desequilíbrio de poder é encontrado no centro da dinâmica do *bullying*, onde normalmente os agressores vêm as suas vítimas como um alvo fácil” (Carvalhosa et al., 2001, p.524).

Este comportamento está geralmente relacionado a atitudes discriminatórias, intimidatórias e humilhantes, de forma repetida e continuada. O agressor revela desrespeito pela individualidade e integridade da vítima, representando uma violação clara dos direitos humanos.

3.6.1. Tipos de *Bullying*

Conforme já referido, o *bullying* é caracterizado por um conjunto de comportamentos negativos, que se apresentam em diferentes formatos. A sua tipologia é classificada como direta ou indireta.

A violência direta está associada a violência física e verbal (confronto presencial, no qual a vítima consegue identificar o agressor) (Amnistia Internacional, 2016).

Por seu turno, a violência indireta integra modalidades socio-emocionais e o *cyberbullying*, neste comportamento existe a omissão da identidade do agressor, sendo o seu principal objetivo, a exclusão social da vítima (Amnistia Internacional, 2016).

O *cyberbullying* é uma forma de difamação e humilhação sistemática e intencional, através da utilização de tecnologias de informação e comunicação, tais como as redes sociais, o telemóvel ou qualquer outra via eletrónica (Amnistia Internacional, 2016).

Figura 4 - Tipos de bullying

Direto		Indireto	
Bullying Físico	Bullying Verbal	Bullying Socio-Emocional	Cyberbullying
<ul style="list-style-type: none">• Agressões físicas: esmurrar, dar palmadas, empurrar, dar encontros, puxar cabelos, pontapear, etc.• Ameaçar• Perseguir• Roubos• Danificar material• Assédio (sexual ou outro)	<ul style="list-style-type: none">• Insultar• Intimidar• Gritar• Humilhar• Ofensas verbais: dizer piadas e alcunhas depreciativas e discriminatórias;• Outras expressões que geram mal-estar	<ul style="list-style-type: none">• Indiferença• Isolamento• Exclusão social• Difamar• Lançar rumores	<ul style="list-style-type: none">• SMS• MMS• Videos• Fotos• Mail• Chats• Redes• (...)

Nota: a presente tabela foi adaptada para simplificar a compreensão da tipologia do fenómeno do bullying.

Fonte: Amnistia Internacional (2016, p.13)

Independentemente da modalidade adotada pelo agressor, o objetivo é comum, agredir, intimidar e difamar.

3.6.2. Caraterísticas da vítima/agressor/espectador

Neste fenómeno existe obrigatoriamente dois intervenientes: A vítima e o agressor.

Segundo Ramírez (2001), as vítimas geralmente constituem:

O grupo de alunos mais novos;

- São predominantemente rapazes, com alguma alteração na sua aparência;
- Apresentam elevado nível de timidez e de ansiedade, o que se traduz em retraimento social e isolamento;
- São considerados jovens com baixa autoestima;

- Costumam ser crianças superprotegidas, com pouca independência e com percepção de excessivo controlo familiar (DGS, 2014).

Segundo, a Amnistia Internacional (2016), as vítimas são caracterizadas como: fisicamente mais frágeis com uma personalidade ansiosa e retraída. Apresentam auto percepção negativa associada a baixa autoestima agravada pelas críticas alheias.

Geralmente, não partilham o seu sofrimento, essencialmente por vergonha, sentimentos de culpada ou por medo do agressor (Amnistia Internacional, 2016).

As vítimas são predominantemente, do género masculino e com classes sociais extremistas, ou seja, as muito baixas ou muito elevadas. Apresentam-se como crianças rejeitadas pelos seus pares, com tendência para o isolamento. O fato de estarem sujeitas ao ostracismo social, dificulta o desenvolvimento de competências socio emocionais, tornando-as, ainda mais vulneráveis à rejeição e agressão social (Machado, 2011).

A médio prazo, as vítimas começam a apresentar quadro de anedonia, medo e absentismo escolar (Machado, 2011).

Em contrapartida, o perfil dos agressores é definido por Ramírez (2001) como:

- “Terem idade superior à média de idades do grupo - é frequente terem repetido algum ano escolar”;
- “Serem rapazes, embora esta constatação possa estar associada ao tipo de agressão, uma vez que estes costumam adotar mais a violência física (mais detetável), ao passo que as raparigas exercem mais a violência verbal”;
- “Geralmente, o rendimento escolar é baixo, com desinteresse em relação à escola e ao rendimento académico”;
- “Demonstram um elevado nível de agressividade e de ansiedade”;
- “Manifestam uma elevada falta de assertividade, o que se traduz, por vezes, em atitude de desafio e oposição”;
- “Nas suas relações sociais, o autocontrolo é escasso, podendo dar lugar a manifestações de conduta agressiva e de indisciplina”;
- “O clima sociofamiliar é caracterizado pelo elevado grau de autonomia, desorganização familiar e simultaneamente, dificuldade no controlo de impulsos nos seus membros. Na vivência das relações familiares persiste um certo grau de conflito” (DGS, 2014, p.87).

Segundo a Amnistia Internacional (2016), os agressores são caracterizados como jovens que residem em contextos sociais violentos e carenciados, no entanto, jovens com estatutos sociais elevados também podem desenvolver uma postura de superioridade em relação aos seus pares. Contudo, quando definimos os agressores, referimo-nos a jovens inseguros, que transparecem o oposto, ou seja, jovens muito seguros. Apresentam ainda, pouca resistência às frustrações e têm dificuldades em adaptarem-se às normas sociais. Normalmente, não se identificam com a escola, são mediáticos e envolvem-se com frequência em atividades antissociais. Demonstram pouca empatia pelas vítimas, tendo *insight* sobre o mal que provocam no outro. O fator de motivação dos agressores é o desejo progressivo de intimidação e de domínio sobre os outros (Amnistia Internacional, 2016).

Existe mais um ator neste processo, denominado por observador ou espetador.

A Amnistia Internacional (2016), caracteriza-os como jovens inseguros, com pouca capacidade de independência, residem em ambientes familiares superprotegidos, que inibem o desenvolvimento de competências, nomeadamente na resolução de problemas. Também podem ser definidos como jovens que vivem em contextos sociais em que são pouco valorizados, procurando assim protagonismo junto do agressor (Amnistia Internacional, 2016).

3.6.3. Consequências do *bullying*

Segundo a DGS (2014), denuncia como consequências para o fenómeno de *bullying*:

- “Perturbações psicológicas”;
- “Insucesso escolar”;
- “Absentismo escolar”;
- “Dificuldades em estabelecer relacionamentos”;
- “Dificuldades na tomada de decisão académica/profissional”;
- “Homicídio e suicídio, nos casos mais graves” (DGS, 2014, p.87).

O mesmo documento refere ainda, a propensão destes jovens para os comportamentos aditivos, nomeadamente abuso de álcool e substâncias psicoativas.

3.6.4. Prevalência do *bullying*

O estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) é desenvolvido em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, e tem como objetivo estudar os estilos de vida dos adolescentes em idade escolar nos seus contextos de vida, em áreas como: apoio familiar, escola, saúde, bem-estar, sono, sexualidade, alimentação, lazer, sedentarismo, consumo de substâncias, violência e migrações (Matos & equipa da Aventura Social, 2018).

Este estudo em Portugal é dirigido pela equipa de Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana desde 1996.

O relatório do estudo HBSC 2018: a saúde dos adolescentes portugueses após a recessão, dados nacionais, é constituído por 42 agrupamentos de escolas do ensino regular de todo o país continental, num total de 387 turmas. A amostra é composta por 6997 jovens do 6º ao 10º ano, com uma média de idades de 13,73.

Os dados disponíveis, no domínio Saúde Mental e bem-estar evidenciam, 34,8% dos inquiridos referiu o valor máximo de satisfação com a vida. No item qualidade de vida, a maioria revela uma sensação de bem-estar subjetivo e satisfação nos diversos contextos (por ex.: família, grupo de pares e escola). E ainda, 81,7% refere sentir-se feliz face à vida.

Relativamente a sentimentos de ansiedade, stress e depressão, 10,93% refere sentir-se ansioso e stressado e 17,87% da amostra afirma sentir-se deprimido.

O estudo enuncia ainda no domínio da gestão e autorregulação das emoções que, 27,6% sente-se preocupado todos os dias várias vezes por dia e 21,8%, afirma que quando tem uma preocupação intensa, o seu pensamento permanece centrado nela.

Na esfera da violência e lesões, o fenómeno *bullying* denuncia nos últimos dois meses, 2,9% de vítimas (várias vezes por semana), já a problemática do *cyberbullying* decresce para 0,8%, ainda neste domínio 72,6% dos adolescentes refere nunca ter estado envolvido em lutas no último ano. Dos que se envolveram em lutas 59,7% refere que foi na escola.

O mesmo estudo HBSC realizado em (2014), faz evidência que na Europa, cerca de 20% das crianças são vítimas de *bullying* no espaço escolar e que nos EUA revelam que 60% dos jovens caracterizados como agressores entre o 5º e o 9º ano. O assédio moral normalmente ocorre em espaços escolares e extra-escolares sem supervisão de adultos (recreios, balneários, internet), sendo que cerca de 78% das situações relatadas ocorre no recreio. O tipo de *bullying* mais frequente nas escolas do 1º Ciclo é o físico e no 2º Ciclo é mais recorrente a violência verbal. Os rapazes normalmente estão mais associados aos casos de violência física, enquanto as raparigas estão mais associadas aos episódios de *bullying* social (Amnistia Internacional, 2016).

Outro estudo, realizado em Portugal em 2016, sobre o uso da *Internet*, o *bullying*, o *cyberbullying*, e o Suporte Social em Jovens do 3ºciclo, em adolescentes a frequentar o 3º ciclo do Ensino Básico de uma escola da cidade de Coimbra, constatou que existe uma maior incidência no comportamento de observação, seguido do comportamento de agressão e por fim do comportamento de vitimização. Observou-se também que 60,7% dos alunos questionados não pedem ajuda em relação a situações de *cyberbullying*.

Relativamente ao comportamento de vitimização, observa-se que se correlaciona de forma negativa com a satisfação com os amigos e com a intimidade, ou seja, quanto maior a frequência de comportamentos de vitimização, mais reduzido é o suporte social da vítima (Garcia, 2016).

Os resultados dos estudos sustentam os que está descrito na literatura. As características/perfil, dos agentes envolvidos no fenómeno *bullying* é transversal, o que se torna facilitador, para o diagnóstico, planeamento e execução de projetos.

3.6.5. Influência da família no fenómeno do *bullying*

Há várias razões que podem conduzir ao perfil de vítima ou agressor. O modelo de educação adotado ou controlo parental exercido, podem ser potenciadores deste comportamento.

O envolvimento na prática de *bullying* por crianças e adolescentes revela uma fragilidade nas competências sociais e emocionais. Uma disciplina parental apropriada poderia contribuir para a sua regulação.

Um estudo realizado no Brasil em 2012, pela equipa do Projeto Transtornos de Ansiedade da Infância e Adolescência (PROTAIA), concluiu que a maior frequência de utilização de práticas punitivas, tanto pela mãe, quanto pelo pai, mostrou-se significativamente associada à prática de *bullying* pelos seus filhos. As mães que mais frequentemente utilizavam punição como disciplina apresentaram quatro vezes maior probabilidade de ter um filho agressivo em meio escolar. As agressões psicológicas e as punições corporais foram as que apresentaram maior relevância (Zottis, 2012).

Já, Hockenberry & Winkelstein (2006) afirma que pais ditadores:

“tentam controlar o comportamento e atitudes dos seus filhos, através de ordens inquestionáveis e punem violentamente qualquer comportamento contrário aos padrões parentais. Frequentemente esta educação meticulosa resulta em um comportamento de obediência rígida nas crianças, que tendem a ser sensíveis, assustadas, auto conscientes, retraídas e submissas” (Hockenberry & Winkelstein, 2006, p.44).

Contudo, Shields et al., (2001) citado por Zottis (2012), refere que, punições corporais severas e violência familiar estão associadas tanto à prática de *bullying*, quanto à sua vitimização.

Muitos autores defendem que o motivo que contribui para formação de um futuro praticante de *bullying* é o estilo permissivo de educação.

“Pais permissivos, exercem pouco ou nenhum controle sobre as ações dos seus filhos. Consentem que os seus filhos regulem as suas próprias atividades ao máximo possível, empregam a indulgência, disciplina inconsciente e não estabelecem limites sensíveis. Frequentemente são filhos desobedientes, desrespeitosos, irresponsáveis, agressivos e que geralmente desafiam a autoridade” (Hockenberry & Winkelstein, 2006, p.44).

Assim segundo os mesmos autores afirmam que, pais democratas, que orientam o comportamento e atitudes dos seus filhos enfatizando a razão para as regras e reforçando negativamente os desvios, criam crianças com boa autoestima, autoconfiança, assertividade e boa interação com outras crianças (Hockenberry & Winkelstein, 2006).

3.7. O papel da escola na prevenção do *bullying*

A escola é um espaço de interação entre jovens cujas diferenças biopsicossociais devem convergir, facilitando o seu crescimento/desenvolvimento em detrimento de comportamentos violentos e discriminatórios.

Contudo, a escola tem vindo a ser relacionada ao acréscimo da violência juvenil.

O assédio moral é, assim, um problema de saúde pública, que diz respeito à instituição saúde, escolar e familiar.

Este fenómeno requer intervenções preventivas:

“devem incluir campanhas de consciencialização de toda a comunidade, sobre a sua natureza e impacto. Os esforços devem também ser realizados no sentido de aumentar o envolvimento emocional e organizacional da escola, promovendo a sensibilidade e o respeito pela diversidade a par da própria proibição do *bullying*” (DGS, 2014, p.88).

Mas estas medidas só são eficazes se todos os intervenientes (professores, assistentes operacionais, membros da comunidade e pais) unirem esforços para o combate contra o este fenómeno.

Muitos programas de prevenção da violência em meio escolar, incluem capacitação para toda a comunidade escolar e para pais, em estratégias de atuação perante esta problemática, capacitação para professores em gestão de relacionamentos e comportamentos dentro da sala de aula. Os professores aprendem, também a instruir os alunos em relação ao *bullying* (como reconhecê-lo; o que fazer; habilidades de relacionamentos eficazes e habilidades para espectadores). As campanhas de prevenção do *bullying* são integradas às aulas das disciplinas regulares, embora muitos programas envolvam também equipas mais especializadas (WHO, 2015).

Como se pôde constatar, os locais de excelência para a prática do *bullying* são os espaços externos às salas de aula, locais por norma, com baixa supervisão por adultos. Neste sentido, torna-se pertinente incluir e capacitar os assistentes operacionais na atuação dos programas preventivos. O Estatuto do Pessoal não Docente do Sistema Educativo Regional (2006), publicado em Diário da República, no capítulo II, Artigo 4º, enuncia:

São deveres profissionais do pessoal não docente:

- a) “Contribuir para a plena formação, realização, bem-estar e segurança das crianças e dos alunos”;
- b) “Colaborar ativamente com todos os intervenientes no processo educativo”;
- c) “Participar na organização e assegurar a realização e o desenvolvimento regular das atividades prosseguidas no estabelecimento de educação ou de ensino”;
- d) “Cooperar e zelar pela preservação das instalações e equipamentos escolares e propor medidas de melhoramento e renovação”;
- e) “Empenhar-se nas ações de formação em que participar”;
- f) “Cooperar com os restantes intervenientes no processo educativo na identificação de situações de qualquer carência ou de necessidade de intervenção urgente”;

g) “Respeitar as diferenças culturais e as opções religiosas de todos os membros da comunidade escolar”;

h) “Respeitar a natureza confidencial da informação relativa às crianças e alunos e respetivos familiares e encarregados de educação” (Diário da República, 2006, p.2060).

Conclui-se que os Assistentes Operacionais, têm o dever de cooperar no processo educativo e garantir o bem-estar e segurança dos jovens em meio escolar.

Tornar esta classe profissional, participante ativa nos programas de prevenção, de certo conduzirá à redução deste comportamento no seio escolar. Para a sua formação/capacitação, é necessário a mobilização de profissionais especializados na área.

“A articulação com os serviços de saúde é indispensável, de modo a minorar as consequências físicas e emocionais do mau trato, assim como o do/a perpetrador/a, tendo em vista a reversão do padrão de comportamento e uma melhor compreensão do fenómeno, nomeadamente a nível individual e familiar” (DGS, 2014, p.88).

No departamento da saúde, já existe instituído o Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE], que visa:

“Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais; Promover um ambiente escolar seguro e saudável; Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis; Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde” (DGS, 2006).

Também, o Referencial de Educação para a Saúde, surgiu para promover a literacia em saúde, numa perspetiva de prevenção dos comportamentos de risco (Carvalho et al., 2017).

É crucial a implicação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em projetos desta natureza, pois são dotados de competências técnico-científicas e relacionais, que permitem atuar na prevenção da violência, assim como na capacitação dos estudantes na adoção de sentido de pertença individual e social, na construção de relações positivas com os outros, na comunicação eficaz e assertiva e que consigam adotar uma cultura de respeito e tolerância na comunidade educativa.

Neste sentido construiu-se um projeto de intervenção dirigido à capacitação dos assistentes operacionais, acreditando que podem dar contributos valiosos na prevenção e referenciação de comportamentos violentos em meio escolar.

3.8. Modelo teórico das relações interpessoais de Peplau

O uso de teorias na Enfermagem reflete um movimento da profissão na procura da autonomia e da delimitação de suas ações (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Entre as múltiplas teorias de enfermagem, existe a teoria das relações interpessoais de Peplau, que enfoca o potencial terapêutico do relacionamento de pessoa-para-pessoa e mostra que, embora o enfermeiro utilize várias atividades em prol do tratamento psiquiátrico, o principal fator de influência é a utilização do self terapêutico. Nesta dinâmica, a autora apresentou as fases da relação interpessoal, os papéis nas situações de enfermagem e os métodos para o estudo da enfermagem como um processo interpessoal com foco no desenvolvimento das relações entre o paciente e o enfermeiro, os quais têm como base a interação, a fenomenologia, o existencialismo filosófico e o humanismo (Santos & Nobrega, 1996).

Tal como em todos os modelos teóricos de Enfermagem, a sua atuação/análise tem por base quatro conceitos básicos:

A pessoa, definida como “o indivíduo que necessita de cuidados de saúde, considerando o ser humano um organismo vivo em estado de equilíbrio instável que luta para atingir um estado de equilíbrio perfeito, o que só atingirá pela morte” (Santos & Nobrega, 1996, p.57).

O Ambiente, caracterizado por Peplau como forças fora do organismo e no contexto da cultura que influenciam o paciente (Santos & Nobrega, 1996).

A saúde, definida como um processo interativo em direção a uma vida, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (Santos & Nobrega, 1996).

A Enfermagem, que Peplau caracteriza como “uma arte terapêutica e um processo interpessoal, onde cada indivíduo é visto como um ser bio-psicosócio-espiritual, dotado de crenças, costumes, usos e modos de vida voltados para determinada cultura e ambiente diversificado” (Santos & Nobrega, 1996, p.57).

“Segundo Stefanelli (1987), Peplau considera como elementos básicos ou variáveis, nas situações de enfermagem, as necessidades humanas básicas, a frustração, o conflito e a ansiedade, que devem ser tratados, no relacionamento enfermeira-paciente de modo a favorecer o crescimento, ou seja, o desenvolvimento saudável da personalidade” (Santos & Nobrega, 1996, p.58).

Este processo interativo, preconizado no modelo das relações interpessoais, assume vários papéis, com o objetivo de promover o *insigth* do utente, assim como, o seu crescimento e desenvolvimento (Santos & Nobrega, 1996). Destaca-se o papel de Professor, aquele que transmite conhecimentos relacionados com a sua necessidade ou interesse; Recurso, aquele que faculta informações necessárias, que orientam na compreensão de um problema; Conselheiro, aquele, que através da utilização das suas competências, ajuda a outra pessoa a reconhecer, aceitar e solucionar problemas, que estão a interferir com a sua vida/qualidade de vida; Líder, a pessoa que inicia o processo terapêutico e que tem capacidade para manter os objetivos do grupo através da interação; Especialista técnico, pessoa que oferece atendimento físico demonstrando habilidades terapêuticas e Substituto, aquele que ocupa o lugar do outro (George, J et al., 2010).

O modelo está estruturado em quatro passos:

Na fase de orientação, é iniciada a relação terapêutica. É o momento privilegiado, para a perceção da necessidade de ajuda (Santos & Nobrega, 1996).

Na fase de Identificação, o paciente reage seletivamente às pessoas que lhe oferecem a ajuda de que necessita. Neste período, ambos precisam clarificar as perceções e

expectativas comuns. No *términus* desta fase o paciente começa a lidar com o problema, o que diminui a sensação de impotência e desesperança do enfermeiro, criando uma atitude de otimismo (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

A fase de Orientação, refere-se à exploração da relação para a obtenção dos melhores benefícios possíveis. O paciente utiliza todos os recursos disponíveis para iniciar o seu processo de recuperação. O enfermeiro precisa oferecer um clima terapêutico tranquilo e utilizar adequadamente a comunicação, como estratégia chave para a obtenção de ganhos em saúde (Almeida et al., 2005).

A última fase denominada de resolução, é caracterizada pela desvinculação do elo terapêutico, com a presunção de que as necessidades do paciente estejam suprimidas (Santos & Nobrega, 1996).

Verifica-se a importância deste modelo teórico na prevenção da violência em meio escolar, visto que preconiza a proximidade entre enfermeiro/doente e a participação ativa do utente no seu processo de recuperação. Através dos papéis exercidos para o sucesso da relação terapêutica, o EEESMP tem a oportunidade de desenvolver competências socio emocionais na vítima e no agressor e potenciar o seu *insigth* face à problemática. Pretende ainda, em todo o processo terapêutico, promover um ambiente securizante facilitador das relações interpessoais, sendo um modelo de respeito e tolerância, suscetível de ser adotado no futuro para a construção/manutenção de relações gratificantes.

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO

4.1. Diagnóstico da situação

O *bullying* na escola é um fenómeno social e global. Ocorre em todas as escolas e é transversal a todas as classes sociais, com graus diferentes de intensidade e gravidade.

Como já referido, os assistentes operacionais são parte integrante e ativa da comunidade educativa. Sendo estes profissionais os que estão frequentemente em locais propícios à prática do *bullying* (recreios, refeitórios), considerou-se pertinente delinear o projeto: Referenciação de situações de *bullying* em meio escolar: intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na formação em meio escolar.

De facto, os assistentes operacionais, no âmbito do seu desempenho realizam, entre outras, as seguintes atividades:

- Supervisão das áreas de recreios e refeitório;
- Supervisão das salas de aula e/ou salas de estudo na ausência dos professores.

Nestes momentos, podem surgir problemas de comportamento e conflitos que dificultam a gestão das atividades e prejudicam a relação entre os adolescentes e entre os adultos e os adolescentes.

Na abordagem dos adolescentes, os assistentes operacionais devem adotar estratégias de comunicação e de gestão de comportamentos eficazes.

Para tal precisam ser detentores de formação específica que facilite a compreensão do fenómeno, quais os fatores envolvidos e suas repercussões ao nível individual, familiar, escolar e social.

Face a esta realidade, pretende-se desenvolver formação que capacite os assistentes operacionais a responderem de forma responsável e informada às necessidades de uma escola responsiva e flexível, onde o clima escolar seja facilitador de melhores aprendizagens.

Assim, a comunicação é uma estratégia chave quer na interação entre adolescentes, quer na interação entre adultos e adolescentes.

A proximidade entre assistentes operacionais e adolescentes promove o desenvolvimento de uma relação de confiança. Gradualmente, os alunos depositaram nos assistentes operacionais segurança para partilharem questões da sua vida pessoal e familiar. Assim, consideram-nos profissionais de confiança e interajuda. São os assistentes operacionais que passam a conhecer melhor os alunos. Para além do que os alunos contam, são estes, que convivem com eles fora da sala de aula, local onde são verdadeiramente autênticos.

Assim, o desempenho das suas funções requer que interajam na escola, tanto com os professores como com os alunos e encarregados de educação, de uma forma responsável e assertiva. Torna-se cada vez mais urgente capacitar os assistentes operacionais de ferramentas capazes de melhorar o ambiente escolar, ajudando a criar climas de confiança e bem-estar, com interações positivas junto dos alunos e pessoal docente. Alguns autores reforçam a importância do papel dos assistentes operacionais nas escolas, uma vez que supervisionam espaços e tempos de conflito potencial, como é o caso dos recreios e refeitórios (Barroso, 2005 citado Plano de Formação de Pessoal Não Docente, n.d).

Nesta formação encara-se o assistente operacional como um agente polivalente que tanto contribui para colaborar no processo de ensino quanto, apoiar a organização e a gestão em atividades sociais e educativas das escolas, bem estar e segurança das crianças e jovens, contribuir para a correta organização dos estabelecimentos de educação ou de

ensino e assegurar a realização e o desenvolvimento regular das atividades neles prosseguidas (Serra, 2005 citado Plano de Formação de Pessoal Não Docente, n.d).

O assistente operacional deixou de ser o profissional meramente responsável pela limpeza para ser o profissional com outro estatuto. Passou a ter uma responsabilidade acrescida na organização das escolas e em particular na educação/formação/bem-estar/qualidade de vida dos adolescentes.

Para tornar a sua prática mais consistente e uniformizada face ao fenómeno do *bullying*, elaborou-se uma norma de atuação com os aspetos chave a considerar na prevenção do *bullying* em contexto escolar. Para a correta operacionalização da norma, considerou-se importante estruturar um plano de formação dirigido aos Assistentes Operacionais, de forma a clarificar o fenómeno do *bullying* e as estratégias a adotar no caso da deteção de violência entre pares. Pretende-se que estes profissionais possuam a mesma linha de orientação e atuem em conformidade com os princípios científicos. As normas de atuação devem ser apresentadas, discutidas e clarificadas com a equipa de assistentes operacionais.

De acordo com a evolução científica as normas devem ser revistas com uma periodicidade a estabelecer. A equipa docente deve estar presente no momento da apresentação da norma. Compete ao EEESMP proceder à apresentação da norma e sua reformulação sempre que considerar pertinente. O EEESMP tem também a responsabilidade de conduzir estes processos de mudança, orientar os intervenientes da comunidade educativa, fornecer informação/formação, clarificar situações, dar suporte científico.

Da pesquisa bibliográfica efetuada, constatou-se que existe pouca informação relativamente ao papel dos assistentes operacionais na prevenção do *bullying* em contexto escolar, o que de alguma forma dificultou a conceção deste projeto de intervenção.

4.2. Metodologia

Utilizou-se como suporte metodológico para a elaboração do projeto de intervenção, uma revisão integrativa da literatura, que segundo Fortin (1999) constitui um método de pesquisar, arquivar e efetuar um diagnóstico crítico a publicações citadas em estudos previamente realizados por outros autores. A sua elaboração baseou-se nas seguintes fases:

1. Pesquisa bibliográfica nas diferentes bases de dados com as seguintes palavras-chave: *Bullying*; Saúde Mental; Serviço de Saúde Escolar; Enfermagem Psiquiátrica;
2. Seleção dos conteúdos;
3. Estruturação do Projeto de intervenção;
4. Apresentação do Projeto de intervenção.

4.3. Objetivos:

Conceptualmente, os objetivos “(...) apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ferrito et al., 2010, p.18).

Assim, definiu-se como objetivo geral:

- Desenvolver uma norma de atuação para a equipa de Assistentes Operacionais face à problemática.

Como objetivos específicos:

- Fornecer instrumento de trabalho para a prática diária;
- Consciencializar os assistentes operacionais para a questão do *bullying* e suas repercussões;
- Contribuir para a deteção/intervenção precoce deste comportamento.

Com a operacionalização do projeto de intervenção espera-se melhorar as relações interpessoais no seio escolar e inculcar valores inerentes ao respeito e à dignidade do ser humano.

4.4. População alvo

Este projeto de intervenção destina-se aos assistentes operacionais das Escolas Básicas do concelho de Faro.

4.5. Orçamento

A aplicabilidade da norma de atuação não envolve despesas extraordinárias.

A formação aos assistentes operacionais ficará sob a alçada da enfermeira orientadora.

A sua execução fica à responsabilidade da equipa de assistentes operacionais das referidas escolas.

4.6. Planeamento

Após a identificação da problemática, definição de objetivos e finalidades, surge a fase de planeamento, que segundo Ferrito et al., (2010) significa, realização do levantamento dos recursos, assim como os constrangimentos do próprio trabalho.

Para a operacionalização da norma de atuação, considerou-se relevante instruir a classe profissional dos assistentes operacionais, relativamente à problemática do *bullying*. Assim, foram construídas duas sessões de formação, abaixo especificadas e fundamentadas.

4.6.1. Sessões de formação

Sessão 1- Conceptualização do *Bullying*

Pertinência:

O fenómeno *bullying*, é um problema social a nível mundial entre crianças e adolescentes em meio escolar.

Carateriza-se por um “processo específico de violência que tem como base a intimidação e abuso continuado de uma criança por parte de outra, sem possibilidades de se defender” (DGS, 2014, p.85).

De acordo com a APAV, este tipo de violência consiste em dirigir a alguém, sem motivo aparente, comportamentos intencionais e continuados que provocam propositadamente prejuízos ou desconforto, através de agressões físicas/verbais/psicológica, podendo estar subjacente provocações, insultos, violência física ou exclusão social (DGS, 2014).

Estima-se que, anualmente afeta milhões de jovens de todos os contextos escolares. É considerado como o mais vulgar e significativo conflito em espaço escolar, que quando mal resolvido, pode comprometer severamente a sua autoestima, as suas relações afetivas e sociais, a curto, médio e longo prazo (Amnistia Internacional, 2016).

Sessão nº 1	Conceptualização do <i>Bullying</i>
Objetivo Geral	Dotar os Assistentes Operacionais de conhecimentos sobre o fenómeno <i>bullying</i>
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none">• Conceptualizar violência e o <i>bullying</i>;• Fornecer dados epidemiológicos;• Facultar informação sobre: características do agressor/vítima/Espetador;• Instruir sobre a tipologia do <i>bullying</i>;• Sensibilizar para as consequências do <i>bullying</i>
Métodos	Expositivo e participativo
Recursos necessários	Sala de aula com computador e retroprojektor

Duração	45 minutos
----------------	------------

Sessão 2- Prevenção do *bullying* em meio escolar

Pertinência:

A prática do *bullying*, pode deixar sequelas irreversíveis na saúde mental e qualidade de vida dos adolescentes.

Partindo do pressuposto que “nenhum jovem deverá, em nenhum momento da sua progressão natural, ser excluído ou exposto a ações negativas em relação a nenhuma vertente da sua dimensão humana (...)” (Amnistia Internacional, 2016, p.8), considera-se que a prevenção é uma estratégia facilitadora para o controlo deste fenómeno.

Para minimizar o problema, Rodríguez (2004) citado por DGS (2014), refere que:

“Os adultos são os responsáveis por evitar que a intimidação entre colegas possa acontecer” e que a família e a comunidade educativa “devem estar informados acerca das graves consequências da violência nas escolas, de que podem e devem intervir, e das medidas legais a que podem recorrer, tanto em nome da escola como em seu nome particular, para pôr fim ao *bullying*” (DGS, 2014, p. 86).

Sendo, esta prática mais expressiva em locais sem supervisão, os Assistentes Operacionais, são considerados o grupo profissional de eleição, para a identificação e referenciação deste comportamento.

Sessão nº 2	Prevenção do <i>bullying</i> em meio escolar
Objetivo Geral	Contribuir para a adoção de boas práticas/ diminuição do <i>bullying</i> em meio escolar
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none">• Promover a identificação precoce de sinais de alerta;• Fornecer orientações para a gestão de conflitos (comunicação assertiva/gestão de emoções);• Apresentar/refletir sobre a norma de atuação.
Métodos	Expositivo e participativo
Recursos necessários	Sala de aula com computador e retroprojektor
Duração	45 minutos

4.7. Execução e Avaliação

Face ao limite temporal do estágio final e os constrangimentos associados às autorizações das comissões de ética para sua implementação, a execução do presente projeto de intervenção ficou a cargo da enfermeira orientadora.

Os seus resultados poderão ser divulgados à *posteriori* através do Projeto Sinergias do Cuidar, Eixo-Cidadania.

5. CONCLUSÃO

Este estágio permitiu refletir e consolidar as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica e as competências de mestre.

A abordagem do EEESMP está presente em todo o ciclo vital, no entanto, o local onde o estágio decorreu, favoreceu o desenvolvimento de competências na faixa etária da adolescência em contexto escolar. Olhando ao *setting* e ao referencial de educação para a saúde, que aponta o *bullying* na escola como um fenómeno social que necessita intervenção prioritária delineou-se como projeto de intervenção: Referenciação de situações de *bullying* em meio escolar: intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na formação em meio escolar.

Neste contexto, concluiu-se:

A adolescência é uma fase chave do desenvolvimento humano. A probabilidade do adolescente se envolver em comportamentos de risco, pode colocar em perigo o desenvolvimento de um futuro saudável. A evolução do conhecimento científico sobre a prevenção tem contribuído para uma maior compreensão das origens e trajetórias associadas à prática do *bullying*.

Face a esta realidade, as políticas de saúde têm integrado nos seus planos estratégicos objetivos direcionados para a prevenção da violência na população escolar, nomeadamente na faixa etária da adolescência. Como já referido os estudos efetuados têm dado contributos favoráveis para a definição de linhas de orientação para a elaboração de programas de prevenção para que os profissionais adquiram competências para uma maior eficácia na sua intervenção.

A tónica está efetivamente na adoção de ações preventivas, direcionadas para os contextos, nomeadamente a escola, a família e a comunidade. A escola é um local privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens, mas é também um local de eleição

para a adoção de comportamentos de risco. No contexto escolar os assistentes operacionais, são determinantes para as ações preventivas no que diz respeito ao fenómeno do *bullying*.

Este estrato profissional, pelo seu conteúdo funcional tem um contato direto com os adolescentes em espaços propícios à prática do *bullying* (recreio, refeitório) razão pela qual se optou como ponto de partida pela elaboração de uma norma de atuação para a equipa de assistentes operacionais, de forma a capacitá-la para a deteção precoce, monitorização e referenciação deste comportamento em contexto escolar.

A escola promotora de saúde deve ser um espaço para que de uma forma refletida, os jovens adotem comportamentos socialmente responsáveis e assumam atitudes, decisões e comportamentos que possam ter continuidade para a sua vida e que sejam favoráveis ao seu pleno desenvolvimento, entendendo a saúde como um recurso e um potencial para uma vida mais saudável.

Os assistentes operacionais não possuem formação diferenciada na vertente do *bullying*, mas, como parte integrante da comunidade educativa, devem saber identificar sinais de risco e em função desse conhecimento, saber como agir, como orientar e como ajudar.

Compete ao EEESMP, fornecer subsídios que otimizem as competências individuais, sociais e emocionais da população, potenciadoras de escolhas responsáveis. Deve também, trabalhar a capacidade de gestão problemas, adaptação a mudanças, superação de adversidades e resistência a pressões alheias.

A mudança dos comportamentos de risco, estão dependentes da precocidade das intervenções preventivas. Para o sucesso dos projetos devem-se envolver todos os intervenientes no processo, otimizando os fatores de proteção e o acesso aos sistemas de suporte.

6. BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. (1994). Ser enfermeira. ISBN 972-9295-86-7. Lisboa: Instituto Piaget.
- Almeida, V.C.F., Lopes, M.V.O., Damasceno, M.M.C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(2):202-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf/> Acedido: Julho de 2019
- Amnistia Internacional Portugal (2016) stop bullying - um recurso educativo baseado nos direitos humanos para combater a discriminação Disponível em: <https://docplayer.com.br/64967368-Stop-bullying-be-yourself-um-recurso-educativo-baseado-nos-direitos-humanos-para-combater-a-discriminacao-educacao-para-os-direitos-humanos.html> Acedido: Outubro de 2018
- Bandeira, C. M. & Hutz, C. S. (2012). Bullying: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 16, Número 1, Janeiro/Junho de 2012: 35-4 Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/442/pee.S1413-85572012000100004.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acedido: Março de 2019
- Braga, V. U. B & Bastos, A. F. B. (2004). Autoconsciência como instrumental do progresso de cuidar em Enfermagem, Revista RENE, Fortaleza, V.5,n.1,p.27-32, Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5570/4020> Acedido: Março de 2019
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C. T., Abrantes, E., Mota, E. L., ... Lima, R. M. (2017). Referencial de Educação para a Saúde. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_v_f_junho2017.pdf Acedido: Setembro de 2018

- Carvalhosa, S. F., Lima, L., Matos, M. G. (2001). Bullying – A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português, *Análise Psicológica*, 4 (XIX): 523-537 Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a04.pdf> Acedido: Março de 2019
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. Acedido: março de 2019 Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
- DGS. (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Disponível em: [file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/i015923%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/i015923%20(1).pdf) Acedido: Março de 2019
- Diário da República, Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos> Acedido: janeiro de 2019
- Diário da República. I série-A. (2006). Estatuto do Pessoal não Docente do Sistema Educativo Regional Disponível em: http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/281BBF80-206C-4A96-AD41-F7B920185535/126333/DecLegReg11_2006_A.pdf Acedido: Janeiro de 2019
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2006). Saúde Escolar: Programa Nacional de Saúde Escolar.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2014). Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. 2ª edição.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental, Lisboa.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. 15(5), 1–38. Acedido em: Janeiro de 2019 Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

- Fisher, G. (1992). *A Dinâmica Social. Violência, Poder, Mudança*. Lisboa. Planeta Editora, Lda
- Fortin M.F. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lisboa. Lusociência;
- Garcia, A. M (2016) *O Uso da Internet, o Bullying, o Cyberbullying e o Suporte Social em jovens do 3º Ciclo – Um Estudo não Experimental Correlacional realizado numa Escola Portuguesa* (Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga) Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/472/1/Tese%20Rita.pdf> Acedido: Março de 2019
- George, J et al. (2000) *Teorias de Enfermagem, Os fundamentos à prática profissional*. 4ª edição, Porto Alegre.
- Gondim, S.M.G., Morais, F.A & Brantes, C. A. A (2014), Competências socioemocionais: fator-chave no desenvolvimento de competências para o trabalho, *Rev. Psicol., Organ. Trab, Florianópolis*, v. 14,n. 4,p. 394-406. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198466572014000400006&lng=pt&nrm=iso Acedido: Março de 2019
- Hockenberry, M. J. & Winkelstein, W. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. São Paulo. Mosby.
- Júnior, D. N. S., Araújo, J. L., Silva, R. T.S. & Nascimento, E. G. C. (2017). Privacidade e confidencialidade de usuários em um hospital geral, *Rev. bioét.* 25 (3): 585-95 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n3/1983-8042-bioet-25-03-0585.pdf> Acedido: Março de 2019
- Lordelo, I. (2015). Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19465/1/Relat%C3%B3rio%20Ilda%20Lordelo.pdf> Acedido: Março de 2019

- Lourenço, A. (2018). Projeto Sinergias do Cuidar. UCC Faro/ACES Central/ARS Algarve.
- Machado, M. (2011). Bullying em contexto escolar: uma proposta de intervenção, o portal dos psicólogos Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0577.pdf> Acedido: Março de 2019
- Matos, M. G. & Equipa Aventura Social. (2018). O relatório do estudo HBSC 2018: a saúde dos adolescentes portugueses após a recessão, dados nacionais. Disponível em: http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf Acedido: Janeiro de 2019
- Minayo, M. C. S. & Souza, E. R. (1997/1998). Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de Ação coletiva. História, Ciência, Saúde, Manguinhos, IV (3): 513-531
- OMS & Wonca. (2008). integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspetiva global, Coordenação Nacional para a Saúde Mental Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf Acedido: Março de 2019
- ONU. (2015). violência é a 4ª maior causa de morte entre jovens no mundo. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2015/10/1530111-oms-violencia-e-4a-maior-caoa-de-morte-entre-jovens-no-mundo> Acedido: Outubro de 2018
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCom petenciasSaudeMental_ aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Áreas prioritárias para a investigação em Enfermagem e Relatório Bienal. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Disponível

em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf> Acedido: Janeiro de 2019

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf> Acedido: Março de 2019
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2014). Relatório mundial sobre a prevenção da violência.
- Plano de Formação de Pessoal Não Docente (n.d). O papel do Assistente Operacional em contexto escolar. Disponível em: https://www.cfaematosinhos.eu/PND66_Descritivo.pdf Acedido: Janeiro de 2019
- Rabaglio, M. O. (2001). Seleção por competência. 5 ed., São Paulo: Educador.
- Regulamento n.º 140/2019. Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019
- Regulamento n.º 515/2018. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 151 — 7 de agosto de 2018 Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf> Acedido: Janeiro de 2019
- Santos, S.S.C. & Nobrega, M.M.L. (1996). *teoria das relações interpessoais em enfermagem de peplau analise e evolução*. R. Bras. enferm. Brasília. V.49. n.1. p. 55-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v49n1/v49n1a07.pdf> Acedido: Julho de 2019
- Sercombe, H. & Donnelly, B. (2013). Bullying and Agency: Definition, Intervention and Ethics. Journal Of Youth Studies, 16(4), 491-502. doi: 10.1080/13676261.2012.725834
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2018). Retrato da Saúde. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf Acedido: Março de 2019

- UCC. (2016). Plano de ação 2016. UCC Faro/ACES Central/ARS Algarve.
- World Health Organization [WHO]. (2015). Prevenindo a violência juvenil: um panorama das evidências, Núcleo de estudos de violência Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181008/9789241509251-por.pdf?sequence=5> Acedido: Março de 2019
- Zottis, G (2012). Bullying na adolescência: associação entre práticas parentais de disciplina e comportamento agressivo na escola (Dissertação de Mestrado, Porto Alegre) Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/URGS_8210d343ab9bbd5a12bde0593086c68d Acedido: Março de 2019

APÊNDICES

APÊNDICE I

NORMA DE ATUAÇÃO

Norma de Procedimento	
Assunto: Prevenção do <i>bullying</i> em meio escolar	Elaborado por: Enf ^o Ricardo Correia Enf ^a Arlete Lourenço Dr ^o Raul Cordeiro
Divulgação: Ensino Básico	Aprovado por: Aguarda aprovação
Entrada em vigor: Após Divulgação aos Assistentes Operacionais	Em:
Palavras-Chave: <i>Bullying</i> , Saúde Mental, Serviço de Saúde Escolar e Enfermagem Psiquiátrica	

I- Fundamentação:

O fenómeno *bullying*, é um problema social a nível mundial entre crianças e adolescentes em meio escolar.

Carateriza-se por um “processo específico de violência que tem como base a intimidação e abuso continuado de uma criança por parte de outra, sem possibilidades de se defender” (DGS, 2014, p.85).

De acordo com a APAV, este tipo de violência consiste em dirigir a alguém, sem motivo aparente, comportamentos intencionais e continuados que provocam propositadamente prejuízos ou desconforto, através de agressões físicas/verbais/psicológica, podendo estar subjacente provocações, insultos, violência física ou exclusão social (DGS, 2014).

Estima-se que, anualmente afeta milhões de jovens de todos os contextos escolares. É considerado como o mais vulgar e significativo conflito em espaço escolar, que quando mal resolvido, pode comprometer severamente a sua autoestima, as suas relações afetivas e sociais, a curto, médio e longo prazo (Amnistia Internacional, 2016).

Partindo do pressuposto que “nenhum jovem deverá, em nenhum momento da sua progressão natural, ser excluído ou exposto a ações negativas em relação a nenhuma vertente da sua dimensão humana (...)” (Amnistia Internacional, 2016, p.8).

Considera-se que a prevenção é uma estratégia facilitadora para o controlo deste fenómeno.

Para minimizar o problema, Rodríguez (2004) citado por DGS (2014), refere que “Os adultos são os responsáveis por evitar que a intimidação entre colegas possa acontecer” e que a família e a comunidade educativa “devem estar informados acerca das graves consequências da violência nas escolas, de que podem e devem intervir, e das medidas legais a que podem recorrer, tanto em nome da escola como em seu nome particular, para pôr fim ao *bullying*” (DGS, 2014, p. 86).

Sendo, esta prática mais expressiva em locais sem supervisão, os Assistentes Operacionais, são considerados o grupo profissional de eleição, para a identificação e referenciação deste comportamento.

II- Objetivos:

- Contribuir para a adoção de boas práticas;
- Colaborar na diminuição da prática de *bullying* em meio escolar.

III- Informações gerais

A) Quem executa

Assistentes Operacionais

B) Horário

Durante o horário de funcionamento da escola

IV- Considerações gerais

A) Sinais de alerta

- Alteração de humor;
- Presença de hematomas ou feridas;
- Presença de roupa danificada;
- Queixas de roubo dos seus pertences;

- Isolamento em relação aos pares;
- Alterações nos hábitos alimentares;
- Perda de interesse pelo desporto, passatempos habituais e outras atividades de lazer;
- Negligência e desinteresse em relação ao próprio aspeto;
- Alterações acentuadas de comportamento (p.ex: agressividade) (DGS, 2014).

B) Abordagem do Assistente Operacional perante situações de *bullying*

- Cessar episódio de violência verbal e ou físico entre a vítima e agressor, através de uma comunicação assertiva, mas firme e exigente (vítima e agressor têm que reconhecer autoridade no assistente operacional);
- Tratar os alunos (vítima e agressor) pelo nome, isolá-los, canalizando-os para local seguro;
- Questionar individualmente (vítima e agressor), o motivo do conflito;
- Auscultar os dois intervenientes (vítima e agressor) em conjunto, de forma a validar as informações facultadas individualmente;
- Estabelecer um compromisso com a vítima e agressor, para os comportamentos a adotar;
- Proceder ao registo pormenorizado do episódio e abordagem efetuada;
- Referenciar episódio ao professor responsável.

V- Procedimento

INTERVENÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
• Supervisionar a interação entre pares	Identificar alterações do comportamento sugestivos de <i>bullying</i>
• Gerir o ambiente	Promover ambiente saudável
• Gerir as interações	Prevenir conflitos
• Referenciar comportamentos sugestivos da prática de <i>bullying</i>	Intervir atempadamente Prevenir complicações
• Colaborar no processo de encaminhamento	Complementar informação Facilitar o processo de reabilitação

VI- Registos

Elaborar um registo claro/preciso e conciso que contemple:

- Identificação dos intervenientes (agressor, vítima e espetadores);
- Descrição dos comportamentos observados (sinais de alarme);
- Enumeração das intervenções realizadas (o que foi feito).

Bibliografia

- Amnistia Internacional Portugal (2016) *stop bullying - um recurso educativo baseado nos direitos humanos para combater a discriminação* Disponível em: <https://docplayer.com.br/64967368-Stop-bullying-be-yourself-um-recurso-educativo-baseado-nos-direitos-humanos-para-combater-a-discriminacao-educacao-para-os-direitos-humanos.html> Acedido: Outubro de 2018
- Direção Geral de Saúde. (2014). *Violência interpessoal: abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. 2ª edição.

APÊNDICE II

SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO - CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO – Consumo de substâncias ilícitas

Fundamentação do tema:

A adolescência é um período de diversas transformações, que proporciona novas sensações e experiências, facilitando o uso e abuso de substâncias psicoativas.¹

O consumo de estupefacientes, tal como acontece com o álcool e o tabaco, tem por norma início na adolescência, tornando-se num grave problema social.² Com efeito, “(...) o consumo de substâncias ilícitas (...) trazem graves problemas aos adolescentes.”² Uma das consequências mais graves, quer a nível pessoal, quer a nível social são as perturbações mentais que advém do consumo precoce de substâncias psicoativas.² Em relação às principais causas que levam o adolescente a consumir substâncias psicoativas, referem que é a curiosidade e o prazer.² Segundo os autores supracitados, os adolescentes que continuam a usar estas drogas e que depois se tornam dependentes, fazem-no porque não conseguem gerir as situações do seu quotidiano com meios naturais, tendo de recorrer a esta ajuda química.² Silva & Deus (2005, citado por Magalhães, 2010) acrescentam como razões para os adolescentes consumirem drogas a necessidade de aprovação no grupo de pares, a necessidade de aliviar ou fugir aos problemas e o confronto com os adultos.²

Em Portugal, e segundo o Relatório Anual de 2012 que afigura a situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências revelou que em contexto escolar, o consumo de drogas desde os anos 90 aumentou exponencialmente.²

Segundo o relatório do estudo HBSC em 2014, realizado em Portugal, a grande maioria dos jovens referiu que nunca experimentou drogas (93,7%). Os jovens que já consumiram drogas (8º e 10º ano) cerca de dois terços mencionaram ter experimentado aos 14 anos ou mais, sendo a média de idade de 13,76 anos. Do grupo que refere consumir drogas no último mês cerca de um quinto menciona fazê-lo regularmente.³

Ao nível da experimentação de drogas, verifica-se como produto de eleição solventes (Benzinas) e colas (9,7%) seguido de marijuana (Cannabis/Haxixe/Erva) com percentagem de 8,8%.³ No entanto, a escolha de drogas “duras” (heroína, cocaína, estimulantes, crack) na

primeira experiência, aparece associada à ausência de amigos e ao facto de não se sentirem felizes.³

Objetivo geral:

Fornecer estratégias ao grupo de alunos da Escola Básica do concelho de Faro, que facilitem a prevenção do consumo de substâncias ilícitas

Objetivos Específicos:

- Clarificar o conceito de drogas;
- Enumerar o tipo de drogas;
- Descrever os fatores de motivação para o consumo de substâncias ilícitas;
- Elucidar as consequências do consumo de substâncias ilícitas;
- Fornecer informação de recursos existentes para a cessão química (entidades/instituições);
- Promover a modificação do comportamento;
- Incentivar estilos de vida saudáveis;
- Instruir sobre estratégias de melhoria da saúde;

Dimensão do grupo:

20 alunos

Local:

Sala de aula

Duração:

90 minutos

Material:

Audiovisual (computador e retroprojektor)

Metodologia:

Expositiva/Participativa

Procedimento:

Conteúdos a ministrar:

- Clarificação de conceitos que facilitem a prevenção dos consumos, assim como o pedido de ajuda;
- Apresentação de um filme alusivo ao tema: https://www.youtube.com/watch?v=k8TWJTIEG_s ;
- Partilha de experiências em grupo;
- Avaliação da sessão de psicoeducação, através da observação da atitude, da postura, da participação, do comportamento, da comunicação, da interação entre o grupo e aplicação de um questionário, instituído pelo Projeto Sincuidar.

Bibliografia

- Cachão, J et al, *Adolescência e abuso de substâncias*, nascer e crescer birth and growth medical jornal, 2017, vol xxvi, n.º 2 Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v26n2/v26n2a04.pdf> Acedido: Dezembro de 2018
- HBSC, *a saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão*, Aventura Social, 2014, Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf Acedido: Outubro de 2018
- Santos, J, *Comportamentos de Risco: O Consumo de Substâncias Psicoativas na Adolescência e o Papel Preventivo da Escola*, Instituto Politecnico, 2014

APÊNDICE III

SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO - VIOLÊNCIA NO NAMORO

SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO – *violência no namoro*

Fundamentação do tema:

A adolescência constitui uma fase de vida frequentemente caracterizada por múltiplas experiências de relacionamento, onde as identidades sexuais e de género emergem e se clarificam.¹ No entanto, por vezes, esta fase é igualmente marcada por dinâmicas sociais adversas, como é o caso da violência.¹

Sabe-se hoje que os adolescentes envolvidos em relações amorosas experimentam múltiplas formas de abuso (e.g., físico, psicológico, verbal, sexual).¹

Um estudo realizado por Berry (2000) indica que 20% a 30% dos jovens envolvidos em relações de namoro experienciam violência e Moffitt, Caspi, Fagan e Silva (1997) estimam que a prevalência da violência entre jovens adultos se situará entre os 21,8% e os 55%.

Atualmente a prevenção da violência constitui uma das cinco prioridades mundiais, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a colaboração entre setores é fundamental.²

A OMS apresenta algumas estratégias para a prevenção da violência, sendo que uma delas se relaciona com o desenvolvimento de competências para a vida em crianças e adolescentes, desenvolvendo “programas de competências sociais, emocionais e comportamentais podem contribuir para prevenção da violência juvenil”.

Objetivo geral:

Capacitar os jovens para a adoção de atitudes positivas nas relações de namoro

Objetivos Específicos:

- Clarificar conceito de violência;
- Identificar situações de conflito nas relações de namoro dos jovens;
- Conhecer as atitudes dos jovens em relação às situações de violência no namoro;
- Melhorar os conhecimentos dos jovens sobre comportamentos preventivos de violência no namoro;

- Otimizar as relações interpessoais.

Dimensão do grupo:

20 alunos

Local:

Sala de aula

Duração:

90 minutos

Material:

Audiovisual (computador e retroprojektor)

Metodologia:

Expositiva/Participativa

Procedimento:

Sessão de Psicoeducação:

Conteúdos a ministrar:

- Clarificação de conceitos sobre violência e violência no namoro
- Enumerar tipos de violência;
- Apresentação gráfica do violentômetro;
- Explicar o ciclo de violência;
- Esclarecer sobre as consequências psicossociais e físicas da violência;
- Apresentação de filme sobre violência no namoro
(<https://www.youtube.com/watch?v=1RzrI55Dp-c&t=2s>);
- Partilha de experiências em grupo;

- Realizar dinâmica de grupo- Saco cheio
- Avaliação da sessão de psicoeducação, através da observação da atitude, da postura, da participação, do comportamento, da comunicação, da interação entre o grupo e aplicação de questionário do Projeto Sincuidar.

Dinâmica de grupo- Saco Cheio

Material:

Palitos anexados a papeis com características positivas no namoro

1 saco de plástico com água (o saco simboliza a vida e o relacionamento interpessoal)

1 bacia

Características positivas:

Valorização

Perdão

Zelo

Paciência

Entrega

Harmonia

Confiança

Reconhecimento

Atenção

Carinho

Convívio

Respeito

Alegria

Reciprocidade

Transparência

Gentileza

Características negativas:

Inveja
Ciúme
Calúnia
Desconfiança
Mágoa
Mentira
Violência

Procedimento:

Pedir a cada aluno, para perfurar o saco com um palito com características positivas (não retirar o palito)

No final, furar o saco com características negativas (remover o palito)

Reflexão:

Constatar que mesmo com tantas ações positivas e poucas negativas, destruimos os relacionamentos.

BIBLIOGRAFIA

- CARIDADE, Sónia; MACHADO, Carla, *Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração*. **Aná. Psicológica**, Lisboa , v. 24, n. 4, p. 485-493, 2006, Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000400004&lng=pt&nrm=iso Acedido: Março de 2019;
- Organização Mundial da Saúde (2014). Relatório mundial sobre a prevenção da violência;

APÊNDICE IV

QUESTIONÁRIO DIAGNÓSTICO PARA PROFESSORES



Escola Básica- Concelho de Faro

Nome do Docente (Facultativo): _____

Disciplina que leciona: _____

Introdução

No âmbito da Promoção da Saúde Mental, em contexto escolar, pretendemos colaborar na operacionalização das linhas de orientação do Referencial de Educação para a Saúde, dando particular ênfase às reais necessidades da comunidade educativa.

Não sendo um questionário académico, consideramos um instrumento fundamental para o diagnóstico da situação, podendo desta forma proceder ao planeamento de atividades pedagógicas, direcionadas para os alunos, o qual após negociação, será executado em parceria com o corpo docente.

Pretende-se apenas a sua opinião, para uma melhor adequação da nossa intervenção.

- 1- O Referencial de Educação para a saúde, preconiza para os currículos escolares áreas temáticas prioritárias:

Saúde Mental e Prevenção da Violência	Comportamentos Aditivos e Dependências	Afetos e Educação para a Sexualidade
<ul style="list-style-type: none">• Identidade• Pertença• Comunicação• Emoções• Autonomia• Interação• Risco• Proteção• Violência• Escolhas, desafios e perdas• Valores• Resiliência	<ul style="list-style-type: none">• Tabaco• Álcool• Outras substâncias psicoativas• Outras adições sem substância	<ul style="list-style-type: none">• Identidade e Género• Relações afetivas• Valores• Desenvolvimento da sexualidade• Maternidade e Paternidade• Direitos Sexuais e Reprodutivos

2- Por favor indique:

Por ordem de prioridade e com base nos temas e subtemas do Referencial de Educação para a Saúde as áreas que considera terem necessidade de intervenção para o contexto onde está inserido (turma em questão).

Em que medida o corpo docente está disponível para colaborar neste processo?

De que forma, o conteúdo programático da sua Unidade Curricular pode contribuir para a dar consistência à nossa intervenção?

APÊNDICE V

PLANO DE INTERVENÇÃO QUINZENAL



Escola Básica no Concelho de Faro

Guia orientador das sessões para equipa docente

Calendarização	Conteúdos a ministrar:	Notas
1º Sessão- Novembro	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir/Desmistificar conceitos gerais sobre saúde/doença mental; • Promover o desenvolvimento da autoconsciência dos alunos; • Abordar a temática: Consumo de substâncias psicoativas; comportamento aditivo e dependências. • Clarificar consequências do consumo de substâncias; • Fornecer informação de recursos existentes(entidades/instituições); • Contribuir para a prevenção dos consumos em meio escolar; • Propor realização de TPC- “As qualidades que me definem”; • Avaliar sessão de Psicoeducação com Alunos e Professores. 	<p>Priorizou-se a temática “consumo de substâncias psicoativas” por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Representar uma preocupação em saúde; • Revelar maior recetividade por parte da comunidade estudantil; • Demonstrar aos estudantes abertura para explorar todos os temas que considerem problemáticos. <p>Com a realização da atividade (TPC) pretende-se, que o aluno desenvolva competências no processo de autoconhecimento. Os resultados obtidos, poderão constituir para a equipa de Enfermagem, foco de atenção/intervenção.</p> <p>Sugerimos a execução da atividade na disciplina de cidadania ou oficina do Mundo. O desenvolvimento da atividade passará pelas seguintes etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Fornecer em suporte de papel uma imagem de impressão digital; 2- Solicitar ao aluno que descreva x qualidades ou características?
2º Sessão- 5 Dezembro	<ul style="list-style-type: none"> • Definir emoções; • Clarificar os tipos de emoções humanas; 	<p>Pretende-se com a sessão de psicoeducação promover as</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver reflexão crítica sobre a tríade (Pensamentos- Emoções- Comportamentos); • Instruir/treinar sobre técnicas de gestão de emoções; • Realizar dinâmica de grupo- Emoções e afetos (jogo dos balões); • Avaliar sessão com alunos e Professores. 	<p>competências sociais, emocionais e académicas. Otimizando estas competências, potenciam-se as capacidades como ouvir, cooperar, pedir ajuda, inserir-se num grupo ou gerir conflitos. Interações bem-sucedidas são preditoras de saúde mental e bem-estar. Sugerimos incorporar na disciplina de educação física/oficina do desporto as seguintes modalidades: Boxe, Cross Fit, Escalada, Dança, Yoga/Pilates.</p>
3º Sessão- 4 Janeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar técnicas de relaxamento como estratégia de gestão de emoções; • Executar técnica de relaxamento (Schultz e Jacobson); • Avaliar Sessão com alunos e Professores 	<p>Pretende-se promover o controlo de ansiedade e proporcionar relaxamento ao grupo de alunos, assim como a interiorização da necessidade de autocontrolo e benefícios inerentes. A técnica é realizada pela EEESMP. Para a sua execução solicita-se o acesso ao ginásio da escola.</p>
4º Sessão- 16 Janeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Definir o conceito de comunicação; • Contribuir para a adoção da comunicação assertiva; • Sensibilizar para o comportamento assertivo; • Treinar gestão de emoções no relacionamento com o outro; • Realizar dinâmica de grupo- jogos das 4 fases; • Avaliar sessão com Alunos e Professores. 	<p>Deseja-se otimizar as competências comunicacionais, fornecendo uma ferramenta importante nas relações interpessoais. Propõe-se introduzir os diferentes tipos de comunicação (verbal e não verbal), mas mais do que isso pretende-se sensibilizar os alunos para a importância da assertividade, como abordagem correta com o outro. É importante que os alunos compreendam que numa escala que vai da passividade à agressividade, a assertividade encontra-se no</p>

		<p>meio da escala, traduzindo ponderação, afirmação e respeito na interação.</p> <p>A dinâmica de grupo proposta tem como objetivo, treinar os alunos no âmbito da assertividade.</p> <p>Sugere-se que a temática da assertividade seja explanada na disciplina de matemática, sendo que através de um segmento de reta se pode representar (passividade, assertividade, agressividade). A assertividade é o centro do segmento de reta.</p>
5ª Sessão- 31 Janeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar dinâmicas de grupo na relação pedagógica; • Estimular a formação do grupo; • Promover coesão grupal; • Avaliar sessão com Alunos e Professores. 	<p>Almeja-se a integração efetiva dos elementos da turma, através de intervenção terapêutica.</p> <p>Sendo a comunicação a chave no sucesso da interação pessoal e a intervenção terapêutica uma estratégia importante para o desenvolvimento de boas práticas, a dinâmica de grupo torna-se uma metodologia fundamental, para a reciprocidade da aprendizagem em grupo, transformando o contexto num momento construtivo, em que a opinião de cada um é respeitada, mesmo que tenha que ser corrigida.</p> <p>Considerando a comunicação uma arte, sugere-se que estas dinâmicas possam ser integradas na disciplina, oficina/artes.</p>
6ª Sessão- 28 Fevereiro	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar conceito de identidade e género; • Desmistificar papéis de género; • Promover o conceito de igualdade de género; • Realizar dinâmica de grupo – a definir; 	<p>Vincula-se a necessidade de desmistificar os diferentes papéis exercidos na sociedade. Sensibilizar para a evolução no papel do homem e da mulher na sociedade moderna.</p> <p>Sugere-se que nesta vertente sejam efetuadas atividades que</p>

	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar sessão com Alunos e Professores. 	retratam os diferentes papéis, na disciplina cidadania ou oficina/mundo.
7ª Sessão- 15 Março	<ul style="list-style-type: none"> Assistir a uma sessão realizada pelos alunos- sobre tema à sua escolha; Debater em grupo o tema; Avaliar sessão com Alunos e Professores. 	Pretende-se promover o sentido de responsabilidade, organização, direção, gestão de emoções e comunicação eficaz. Sugere-se que esta dinâmica possa ser introduzida na disciplina de português.
8ª Sessão – 3 Abril	<ul style="list-style-type: none"> Abordar o tema “Relações afetivas”; Fornecer subsídios para a construção de relações gratificantes; Sensibilizar para a identificação de sinais de relacionamentos abusivos; Propor a realização de TPC- Na pele do outro; Avaliar a sessão 	Clarificar relações afetivas. Promover relações afetivas conscientes e responsáveis. Considera-se a disciplina de português a disciplina de eleição para desenvolver a atividade “TPC” – Através da criação de personagens (cada um com a sua problemática), o aluno deve selecionar uma delas e descrever o que sentiria e de que forma atuaria se estivesse na situação do outro;
9ª Sessão-	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar o auto-conhecimento face à motivação; Conceptualizar resiliência/Promover a aquisição de comportamentos resilientes; Propor a realização de TPC- O que me comprometo a alterar em sala de aula; Avaliar a sessão. 	Pretende-se que os alunos: Desenvolvam e expressem o seu auto-conceito; Compreendam o significado de resiliência; Incorporem estratégias de resiliência; Sejam crítico/reflexivos. Sugere-se que a disciplina oficina/mundo possa dar contributos nesta área de forma que os alunos possam sedimentar conhecimentos.
10ª Sessão- 13 Maio	<ul style="list-style-type: none"> Clarificar o conceito de “perda”; Informar sobre emoções subjacentes à perda; Fornecer mecanismos de adaptação (estratégias de coping); Promover trabalho individual aos alunos (perda/vivência perante a perda); Avaliar a sessão. 	Pretende-se: Trabalhar a compreensão das emoções mais viradas para a perda, de forma a prevenir a frustração/fracasso; Promover a resolução positiva da crise mediante a utilização de estratégias de coping.

		Sugere-se que a temática possa ser abordada na disciplina oficina/mundo.
11ª Sessão- 31 Maio	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre a violência em meio escolar- “Bullying”; • Conceptualizar; • Sensibilizar para os fatores de risco e de proteção; • Fornecer informação de recursos existentes; (entidades/instituições); • Realizar dinâmica de grupo; • Avaliar a sessão 	<p>Pretende-se:</p> <p>Alertar para a questão do Bullying e suas consequências;</p> <p>Promover a adoção dos valores universais: amor, cooperação, honestidade, humildade, respeito, responsabilidade, tolerância;</p> <p>Sugere-se que sejam implementadas estratégias na disciplina de educação física/oficina do desporto, facilitadoras da compreensão da temática.</p>
12ª Sessão- 14 Junho	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar “Brainstorming”, para partilha das experiências/vivências dos alunos na elaboração dos diferentes trabalhos; • Avaliar a sessão 	<p>Promover chuva de ideias e perceber os progressos realizados pelos alunos.</p> <p>Moderação enfermeira especialista</p> <p>Exposição dos trabalhos realizados ao longo do ano letivo no âmbito da promoção da Saúde Mental</p>

Bibliografia

- Carvalho, A et al, *Referencial de Educação para a Saúde*, Ministério da Educação – Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde, junho de 2017;
- Santos, J et al, + *contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*; Unidade de investigação em ciências: Enfermagem, 2014;
- DGS, *Programa Nacional de Saúde Escolar*, 2015;
- DGS, *Saúde Mental em Saúde Escolar*, Lisboa, 2016;

APÊNDICE VI
ARTIGO CIENTÍFICO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde
Mestrado em Enfermagem
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

O papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria na prevenção da violência em meio escolar- uma revisão integrativa

Autor: Ricardo Correia nº 170531037

Setúbal, janeiro, 2019

O papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria na prevenção da violência em meio escolar- uma revisão integrativa

The role of the Specialist Mental Health and Psychiatry Nurse in the prevention of violence in schools - an integrative review

El papel del Enfermero Especialista de Salud Mental y Psiquiatria en la prevención de la violencia en medio escolar- una revisión integrativa

Ricardo Correia, Enfermeiro no Centro Hospitalar Universitário do Algarve- Unidade de Portimão, Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Ricardojorgerosacorreia@hotmail.com

Raul Cordeiro, Doutor em Ciências e Tecnologias da Saúde; Professor Adjunto; Polytechnic Institute of Portalegre, Portugal; UIESI – Nursing Research Unit for South and Islands, Portugal; CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal; VALORIZA – Research Center for Endogenous Resource Valorization, Portugal, Praça do Município,11, 7300-110 Portalegre – Portugal, raulcordeiro@ipportalegre.pt

Arlete R. Lourenço, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Mentora do Sinergias no Cuidar: Projeto de Intervenção na Comunidade em Saúde Mental e Psiquiatria da UCC Faro / ACES Central / ARS Algarve I.P.; Terapeuta do Riso; alourenco@arsalgarve.min-saude.pt

Resumo

Objetivo: Identificar o papel do EEESMP na prevenção da violência em meio escolar.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, utilizando a plataforma EBSCO

Resultados: Os estudos evidenciam que a prevalência de vitimização de bullying é predominante no sexo masculino e a condição de vítima é superior ao de agressor. A violência psicológica é a mais exercida. **Conclusão:** O bullying é um fenómeno atual de amplitude mundial com repercussões graves a nível da saúde mental. A introdução precoce deste tema em meio escolar, pode controlar ou reverter, o fenómeno entre os alunos.

Descritores: *Bullying*, Saúde Mental, Serviço de Saúde Escolar e Enfermagem Psiquiátrica